

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Capão Bonito do Sul, Capão Bonito do Sul - RS**

Frank Alvarez Llambias

Pelotas, 2015

Frank Alvarez Llambias

**Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Capão Bonito do Sul, Capão Bonito do Sul - RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EAD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Cristina Bossle de Castilhos

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

L791m Llambias, Frank Alvarez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Capão Bonito do Sul, Capão Bonito do Sul - RS / Frank Alvarez Llambias; Cristina Bossle de Castilhos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

128 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Castilhos, Cristina Bossle de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha maravilhosa esposa, Diana Montesino Concepción, que sempre me incentivou para a realização dos meus ideais, encorajando-me a enfrentar os momentos difíceis da vida.

Ao meu querido e amado filho, Alejandro Alvarez Cordero, que me inspira a viver.

Aos meus pais, Francisco Alvarez Morales e Maira Llambias Pelaez pela compreensão, apoio e contribuição para minha formação acadêmica.

Agradecimentos

Quero agradecer primeiro a Deus pela dádiva da vida, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades e tornar possível a conclusão de mais esta etapa em minha vida.

A minha esposa, Diana Montesino Concepción, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.

A meu filho, Alejandro Alvarez Cordero, que embora não tivesse conhecimento disto, iluminou de maneira especial os meus pensamentos.

Aos meus pais, Francisco Alvarez Morales e Maira Llambias Pelaez, pessoas que sempre acreditaram e apoiaram meus sonhos, por mais difíceis que parecessem.

A minha professora e orientadora, Cristina Bossle de Castilhos, companheira de caminhada ao longo do curso de especialização, que dedicou seu tempo e compartilhou sua experiência para que minha formação fosse também um aprendizado de vida, meu carinho e meu agradecimento.

Agradeço a colaboração de todos os profissionais da ESF “Capão Bonito do Sul” envolvidos no projeto de intervenção, por proporcionarem o sucesso da intervenção.

Enfim a todos aqueles que de alguma forma fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Resumo

LLAMBIAS, Frank Alvarez. **Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Capão Bonito do Sul, Capão Bonito do Sul – RS.** 2015.126f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importante problema de saúde pública. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), constituem-se os mais importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares, sendo responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento chave no desenvolvimento das ações para o controle da HAS e DM, uma vez que a equipe multidisciplinar atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação das doenças e agravos mais frequentes. A Unidade Básica de Saúde (UBS) “Capão Bonito do Sul” conta com uma população estimada de 1754 habitantes, existem 327 usuários com HAS e 98 usuários com DM que representam 18,6% e 5,5% respectivamente do total da população adstrita. A intervenção teve o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos moradores da área de abrangência. A intervenção foi estruturada para ser desenvolvida em 12 semanas durante os meses de abril a junho de 2015, voltada para o alcance de vinte e quatro metas. Foi utilizado o protocolo do Ministério da Saúde de 2013 para o cuidado da pessoa com DM e HAS. O projeto propiciou a ampliação da cobertura atingindo 217 (67,0%) hipertensos e 59 (60,2%) diabéticos. Também conseguiu melhoria da adesão dos usuários ao programa, melhoria dos registros das informações, e a qualificação da atenção médica, com destaque para a ampliação do exame físico dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco cardiovascular de ambos os grupos. O estudo também permitiu a avaliação da necessidade de atendimento odontológico assim como a realização de ações de promoção e prevenção em saúde tanto na consulta como nas atividades coletivas com os grupos. O projeto foi incorporado no cotidiano do serviço como uma ação de acompanhamento dos portadores de HAS e DM. A comunidade em geral foi beneficiada com a intervenção, pois foi melhorou a qualificação do atendimento clínico aos usuários, estabelecemos parceria com as lideranças comunitárias e a formação dos grupos de hipertensos e diabéticos. A comunidade recebeu orientações sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e consumo de álcool, assim como outras atividades de promoção e prevenção de saúde durante o acolhimento em ambos os turnos na UBS. Os programas na rádio permitiram o conhecimento por parte de toda a população das atividades decorrentes do projeto e do curso de especialização, além das informações relacionadas com a HAS e o DM. O projeto permitiu a capacitação dos profissionais quanto às recomendações do Ministério da Saúde para o acompanhamento dos usuários com HAS e DM, atendimento clínico completo e de qualidade, melhoria na eficiência do serviço e dos materiais utilizados na UBS, grande apoio da comunidade e dos gestores para a realização das ações, conseguindo trabalhar com mais união, dedicação, integralidade, incorporando a intervenção à rotina do serviço. Foi importante também para o funcionamento do serviço proporcionando mudanças nos processos de trabalho, melhorando o planejamento das ações em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da família. Doenças Crônicas não Transmissíveis. Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes Mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Capão Bonito do Sul em destaque no Mapa do Estado do Rio Grande do Sul	13
Figura 2	Tabela 1. Distribuição da população segundo a área de residência	18
Figura 3	Tabela 2. Distribuição da população por faixa etária	19
Figura 4	Tabela 3. Distribuição da população idosa na ESF de Capão Bonito do Sul	29
Figura 5	Gráfico de proporção de hipertensos cadastrados nos meses de abril a junho de 2015, Capão Bonito do Sul-RS.	86
Figura 6	Gráfico de proporção de diabéticos cadastrados nos meses de abril a junho de 2015, Capão Bonito do Sul-RS.	87
Figura 7	Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Capão Bonito do Sul-RS, 2015.	88
Figura 8	Gráfico de proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Capão Bonito do Sul-RS, 2015.	89
Figura 9	Gráfico de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na UBS Capão Bonito do Sul-RS, 2015.	90
Figura 10	Gráfico de proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na UBS Capão Bonito do Sul-RS, 2015.	90
Figura 11	Gráfico de proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Capão Bonito do Sul-RS, 2015.	93
Figura 12	Gráfico de proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Capão Bonito do Sul-RS, 2015.	94

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCNT	Doença(s) Crônica(s) não Transmissível (is)
DM	Diabetes Mellitus
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ECM	Exame clínico de mama
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FE	Ficha-Espelho
GMA	Grupo de Monitoramento e Avaliação
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRC	Insuficiência Renal Crônica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PMM	Programa Mais Médicos
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Pré-Natal
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	30
2 Análise Estratégica	32
2.1 Justificativa.....	32
2.2 Objetivos e Metas.....	33
2.2.1 Objetivo geral.....	33
2.2.2 Objetivos específicos e metas	33
2.3 Metodologia.....	36
2.3.1 Detalhamento das ações	36
Ações.....	36
2.3.2 Indicadores	67
2.3.3 Logística.....	74
2.3.4 Cronograma	77
3 Relatório da Intervenção.....	79
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	79
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	83
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	83
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	83
4 Avaliação da intervenção.....	85
4.1 Resultados	85
4.2 Discussão.....	96
4.3 Relatório da intervenção para gestores	99
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	104
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	108
Referências	111
Apêndices.....	113
Anexos	123

Apresentação

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS- UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante o Curso de Especialização em Saúde da Família.

A Intervenção foi realizada na UBS “Capão Bonito do Sul” que se situa na cidade do mesmo nome. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui uma população estimada de 1.754 habitantes e conta com 327 pacientes com HAS que representam 18,6 % do total da população adstrita, e 98 pacientes com DM que representam 5,5 %.

Assim, o presente volume apresenta-se estruturado em cinco seções: a primeira está composta pela Análise situacional, a segunda pela Análise estratégica, a terceira pelo Relatório da intervenção, a quarta pela Avaliação da intervenção, e por último, a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu sou médico cubano do Programa Mais Médico para o Brasil (PMM) e estou trabalhando na Unidade Básica de Saúde (UBS) Capão Bonito do Sul do município do mesmo nome, no estado do Rio Grande do Sul, localizado na Microrregião de Vacaria. O município foi criado no dia 16 de abril de 1996 e tem uma população de 1.754 habitantes, é uma zona rural onde o principal desenvolvimento econômico é a agricultura de soja e milho com acesso por estrada de chão.

A UBS onde atuo possui recepção, dois consultórios médicos, consultório odontológico, sala de desinfecção odontológica, consultório de psicologia e Fonoaudióloga, sala de enfermagem, sala de vacina, ambulatório, farmácia, sala de vigilância sanitária e epidemiológica, esterilização, sala de observação, almoxarifado e cozinha.

A equipe de saúde está composta por quatro médicos: um clínico geral, um pediatra, um ginecologista e eu, médico do PMM, com formação como Médico Geral Integral, um odontólogo, uma auxiliar de odontologia, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, uma psicóloga, um vigilante sanitário, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, três motoristas e duas auxiliares de limpeza.

Para melhorar a estrutura física da UBS já está aprovada sua ampliação com nove novos espaços e melhorar assim o trabalho dos profissionais e o atendimento médico para os usuários. Estas novas áreas seriam uma sala de coleta, pois a partir da próxima semana os exames complementares serão feitos uma vez por semana na própria unidade, mas por enquanto será numa sala adaptada, sala de material estéril, expurgo, vestiário masculino e feminino com banheiros, sala de atividades coletivas, outro consultório médico ficando resolvido o problema de espaço atual,

sala de inalação coletiva, depósitos de resíduos para melhorar o atual e um espaço aberto coberto com uma área total de 128 m².

O atendimento dos pacientes é agendado diariamente de segunda até sexta das 8:00 horas às 17:00 horas, até agora o atendimento é ótimo, os pacientes que precisam de atenção especializada são encaminhados ao hospital São Paulo em Lagoa Vermelha que fica a 20 km do município, ou na cidade de Passo Fundo a 80 km. Eu estou trabalhando 32 horas semanais em atendimento médico e 8 horas para a especialização, com um atendimento médio de 30 pacientes por dia, fazendo visita domiciliar três vezes por semana e os pacientes ficam muito gratos.

As principais doenças atendidas até agora são as infecções respiratórias e digestivas, doenças musculoesqueléticas e doenças psiquiátricas além das doenças crônicas não transmissíveis, sendo as mais comuns, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e asma bronquial. Além disso, fazemos em conjunto com o Gineco-obstetra o atendimento de Pré-Natal e Puerpério assim como as consultas de puericulturas em conjunto com o Pediatra. Também fazemos em nossa Unidade Básica de Saúde a coleta para o exame citopatológico.

Neste momento estamos completando os grupos de pacientes com HAS e Diabetes Mellitus e nos próximos dias iniciaremos um trabalho muito interessante com eles onde aprenderam as principais características de sua doença, como fazer a dieta e o tratamento médico certo para evitar futuras complicações, entre outras coisas. Quanto ao cadastramento da população estamos finalizando porque não tínhamos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), até agora temos cadastrada cerca de 70% do total da população do município, porém os dados estatísticos que temos são muito antigos. Assim que terminarmos o novo cadastramento conseguirá ter um melhor conhecimento do estado de saúde da população.

A experiência destes primeiros meses tem sido maravilhosa, a equipe de saúde é muito unida e trabalha para melhorar a qualidade de vida da nossa população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A trajetória do município de Capão Bonito do Sul iniciou em 31 de dezembro de 1954 quando teve sua elevação a subdistrito. Em divisão territorial datada de 01/01/1979, Capão Bonito passa a ser distrito de Lagoa Vermelha, sendo criado oficialmente como município no dia 16 de abril de 1996, instituído pela Lei nº

10.742. Em 2001, o município é constituído distrito sede, tendo ainda mais três distritos: Barretos, Lajeado dos Ivos e Rincão Comprido.

Situa-se na região Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, conforme mostra a figura 1. Faz divisa ao Norte com o município de Esmeralda, ao Sul e ao Oeste com Lagoa Vermelha e a Leste com Muitos Capões.



Figura 1- Capão Bonito do Sul em destaque no Mapa do Estado do Rio Grande do Sul

O nome de Capão Bonito do Sul originou-se em virtude de um belo capão de mata nativa e de araucária existente nas imediações da cidade muito bonito, e “do Sul”, devido a outro município com o mesmo nome e à localização geográfica.

Capão Bonito do Sul é um município que se destaca na região no setor primário, contando com uma agricultura pujante, dentre as quais estão às plantações de soja, milho, trigo, feijão, canola e outras. Na pecuária, nosso município conta com várias cabanhas que se sobressaem nessa atividade. A Bacia Leiteira também já conquistou seu lugar de honra em nossa região.

A saúde do município de Capão Bonito do Sul encontra-se em fase de implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com uma população de 1.754 habitantes, predominantemente rural, e uma extensão territorial de 527.069 km², possui em termos de infraestrutura uma UBS na sede, um posto de atendimento na localidade de Barretos composta por consultório médico e dentário que oferece atendimento durante a semana somente no horário da manhã com os mesmos especialistas da sede, e uma unidade de atendimento junto ao

Assentamento 25 de Novembro que tem atendimento médico uma vez por semana pelo Clínico geral e o Pediatra.

O município referencia o atendimento de urgência e emergência para Lagoa Vermelha e Passo Fundo quando se tratam de especialidades ou atendimentos de maior complexidade no Hospital “São Vicente de Paula” e Hospital da Cidade.

No município não há problemas com filas nos atendimentos clínicos e odontológicos, os agendamentos odontológicos são feitos antecipadamente e para as consultas são distribuídas fichas por ordem de chegada, além de outros critérios médicos durante o acolhimento pelos profissionais. A maior dificuldade acontece nas marcações para especialidades, pois há áreas difíceis de conseguir, no momento especialmente traumatologista, dermatologista, pneumologista, entre outros. Capão Bonito do Sul não conta com aparelho de Raios-X, Ultrassonografia, Tomografia e demais exames especializados, para isso mantém convênio com outros municípios e transporta, diariamente, os pacientes. Mantém convênio com laboratório para exames complementares.

O município tem prioridade nos trabalhos preventivos através da realização e intensificação dos diversos programas e campanhas tais como: vacinação, nutrição, odontologia preventiva e curativa, saúde da mulher, da gestante e da criança, vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica e em saúde do trabalhador, diabéticos e hipertensos, combate a DST/AIDS, teste do pezinho, diagnóstico e prevenção da tuberculose e hanseníase.

A UBS “Capão Bonito do Sul” localiza-se na Rua Assis Lima, 140, bairro centro, cuja área de abrangência é a sede e as comunidades Lajeado dos Ivos, Limeira, Capão Grande, Assentamento 25 de Novembro e o Rincão Comprido. Ela foi inaugurada em 2003 para ser desde seu começo uma UBS vinculada à prefeitura, pois antigamente ela funcionava em outro local adaptado muito menor, o que dificultava o atendimento médico e o trabalho dos profissionais de saúde.

Agora, com 11 anos de experiência e convertida em ESF desde a chegada do médico do PMM, a UBS de Capão Bonito do Sul faz atendimento médico para uma população de 1.754 habitantes, cadastrada recentemente pelos novos ACS, com uma área geográfica de abrangência bem definida e atualizada pelo mapa no ano passado, pois o último cadastro tinha cerca de 10 anos, o que representava uma grande limitação. Este novo cadastramento oferecerá uma informação mais confiável sobre o estado real de saúde dos habitantes do município e todos os

dados que os profissionais da saúde necessitam para encaminhar ações de promoção e prevenção, o que é nosso principal objetivo na atenção primária de saúde.

Após as 17:00 horas e nos finais de semanas a UBS não oferece atendimento médico, mas tem serviço de plantão com um carro e ambulância dependendo da gravidade do caso, para levar os pacientes que precisam de atendimento médico para o pronto socorro do hospital São Paulo em Lagoa Vermelha que fica a 15 km de distância. A partir do próximo mês, deve iniciar o plantão na UBS das 17:00 às 22:00 horas, o que sem dúvida, melhorará a qualidade do atendimento em saúde do município.

Uma das limitações está relacionada com as atividades de ensino, que nesta UBS não são desenvolvidas porque o município não tem nenhuma escola de ensino superior que possa utilizar a UBS como campo de estágio, mas seria uma maneira de oferecer uma melhor preparação dos profissionais para participar das aulas nas diferentes áreas e assim também contribuir na formação dos futuros profissionais de saúde do país. Além disso, também não recebe apoio de nenhum Núcleo de Apoio à Saúde de Família (NASF), o que ajudaria no melhor desenvolvimento das ações de saúde dentro da UBS.

A UBS possui só uma equipe composta por quatro Agentes Comunitários, quatro médicos (dois clínicos gerais, um pediatra e um ginecologista), duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, dois odontólogos, uma técnica de higiene bucal, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, uma psicóloga, um vigilante sanitário, três motoristas e duas auxiliares de limpeza. O tamanho da equipe é adequado ao total da população, pois segundo o Ministério da Saúde cada equipe de ESF deve atender uma população de, no máximo, 4000 pessoas, sendo a média de 3.000, sendo que a nossa população é de 1.754 habitantes.

A unidade possui a seguinte estrutura: recepção, local destinado à recepção e direcionamento dos pacientes de acordo com a demanda, onde se encontram também os prontuários dos usuários cadastrados e agora ocorre a entrega de resultados de exames feitos na própria UBS todas as quartas de manhã; cinco consultórios, sendo dois consultórios destinados às consultas médicas, um consultório para consultas de enfermagem, consultório de odontologia com uma área de escovação externa e sala de desinfecção odontológica, para ações de promoção de saúde bucal, e outro consultório de psicologia e fonoaudióloga

compartilhado; farmácia para armazenamento e distribuição de medicamentos; sala de observação para atendimento dos casos agudos no âmbito da atenção primária e administração de medicamentos injetáveis, onde agora ocorre a coleta de sangue e recebimento de outros exames laboratoriais como urina, fezes e escarro todas as quartas-feiras, sala de curativo, para realização de curativos de feridas crônicas e agudas e retirada de pontos; sala de esterilização para realizar os procedimentos no âmbito da atenção básica; cozinha e área de serviço; cinco banheiros sendo dois banheiros para uso dos funcionários; dois banheiros para usuários e um banheiro na sala de ginecologia; almoxarifado para armazenamento de materiais e suprimentos médicos e administrativos; Sala de vacinas, onde ocorrem armazenamento e administrações de vacinas de rotina e campanhas de vacinação; espaço destinado aos profissionais de vigilância sanitária e epidemiológica; uma sala de espera, local onde os usuários aguardam o atendimento dos profissionais e onde são realizadas algumas atividades de promoção pela equipe de ESF e uma sala de reunião, também utilizada para outras atividades de promoção e prevenção com os grupos prioritários.

Os dois consultórios médicos são insuficientes, pois agora com quatro médicos, às vezes, fica complicado para que possamos trabalhar todos juntos ao mesmo tempo, por isso, já está aprovada a ampliação da UBS com 9 novos espaços e melhorar assim sua estrutura física, o trabalho dos profissionais e o atendimento médico para os usuários. Estas novas áreas seriam uma sala de coleta, pois a partir da próxima semana os exames complementares serão feitos uma vez por semana na própria unidade, mas por enquanto será numa sala adaptada, sala de material estéril, expurgo, vestiário masculino e feminino com banheiros, sala de atividades coletivas, outro consultório médico, ficando resolvido o problema de espaço atual para o atendimento médico, sala de inalação coletiva, depósitos de resíduos para melhorar o atual e um espaço aberto coberto com uma área total de 128 m².

A unidade tem uma boa iluminação e ventilação em todas suas áreas. Atualmente em nossa UBS temos boa disponibilidade de equipamentos e instrumentos, os quais sem dúvida nos permitem fazer um atendimento médico de maior qualidade. O consultório ginecológico conta com mesa ginecológica, estetoscópio de Pinard, sonar e banheiro, e o outro consultório tem mesa para exame clínico mais não tem negatoscópio, o que dificulta o atendimento, pois para a avaliação das radiografias temos que sair e utilizar o do outro consultório. A sala de

vacina tem geladeira exclusiva e recentemente foram trocadas as estufas por novas autoclaves de última geração, complementando uma indicação do Ministério da Saúde (MS).

Existe um sistema de manutenção e reposição para os instrumentos e equipamentos médicos assim como mobiliário clínico e não clínico e material de consumo. A calibragem dos aparelhos de medir pressão arterial (PA) e as balanças é feita anualmente e quantas vezes fora preciso durante o mesmo ano.

Também contamos com boa disponibilidade de equipamentos de comunicação e informática, pois a UBS possui telefone próprio, câmara fotográfica e filmadora, projetor e 10 computadores, quatro deles com impressora e todos com conexão de internet, sendo que alguns deles foram colocados no mês passado para implantar o novo sistema, iniciar o trabalho com os prontuários eletrônicos e interligar todos os serviços da UBS.

Quanto à relação de medicamentos e insumos podemos dizer que temos uma excelente disponibilidade. As medicações para pacientes com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) como HAS, DM e outras como as dislipidemias são fornecidas pela UBS através da Farmácia Popular que fica no mesmo município, sem custos para a população. A respeito dos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos só temos a Isoflavona de soja, mas, a partir das discussões promovidas pelo curso, será feita uma nova licitação para a compra destes pelo município.

Fazendo uma reflexão comparativa com as características do processo de trabalho assim como as atribuições dos membros da equipe de saúde posso colocar que fico muito grato, pois muitas delas são cumpridas em nossa UBS. Como foi comentado anteriormente, já foi concluído o novo cadastro da população, pois não tínhamos ACS e o último cadastro era muito antigo. Como já frisado, este novo cadastramento nos permitirá fazer a identificação das pessoas que precisam atendimento diferenciado por suas doenças ou riscos, além do levantamento que já existe sobre aqueles usuários que necessitam de cuidado domiciliar.

O médico clínico geral faz visitas domiciliares três vezes por semana com uma das enfermeiras e prioriza os casos através dos ACS, além de outras atividades ou procedimentos que são feitas no âmbito do cuidado domiciliar como curativos, entrega de medicamentos, aplicação de medicamentos injetáveis, verificação da

pressão, vacinação e outros, assim como as atividades de promoção e prevenção em saúde nas escolas e outros espaços comunitários.

Em nossa UBS não são realizadas cirurgias nem procedimentos menores, mas são feitos atendimentos de urgência e emergência e os pacientes são encaminhados ao Hospital São Paulo em Lagoa Vermelha ou na cidade de Passo Fundo segundo a gravidade. A referência e contra - referências são feitas através de uma requisição padrão respeitando os protocolos em cada caso e com acompanhamento dos pacientes na realização de exames complementares e tratamento médico. Do mesmo jeito os profissionais acompanham os pacientes em situações de internação hospitalar e domiciliar. As enfermeiras principalmente realizam a busca ativa das doenças e agravos de notificação compulsória e todos os profissionais realizam a notificação destas doenças.

Todos os profissionais de nossa UBS participam das atividades de qualificação profissional para gestão em saúde, sendo a maioria destas atividades multiprofissionais. Além disso, os profissionais da UBS participam também das atividades de qualificação da atenção em saúde e o fortalecimento do controle social e alguns deles como o enfermeiro e odontólogo ajudam no gerenciamento dos insumos, permitindo assim o adequado funcionamento da UBS.

Realizamos a reunião da equipe de saúde quinzenalmente e conversamos sobre a organização do processo de trabalho e o planejamento das ações. Além disso, analisamos o comportamento dos indicadores e finalmente abordamos as informações em saúde e sobre a especialização em saúde da família. Segundo o novo cadastramento da população, concluído recentemente pelos ACS, o município possui 1.754 habitantes, com uma extensão territorial de 527.069 km² e uma densidade demográfica de 3,33 habitantes/km², uma das mais baixas do estado Rio Grande do Sul, sendo uma população predominantemente rural com 1.255 residentes na área rural e somente 499 na área urbana, com predomínio do sexo masculino com 943 homens e 811 mulheres como mostra a figura 2.

LOCALIZAÇÃO	Nº HABITANTES
População Residente	1754
População Residente Urbana	499
População Residente Rural	1255
Homens	943

Homens na Área Urbana	265
Homens na Área Rural	678
Mulheres	811
Mulheres na Área Urbana	234
Mulheres na Área Rural	577

Figura 2 - Distribuição da população segundo a área de residência.

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A seguir apresento a distribuição da população segundo a faixa etária (figura 3).

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menor de 01 ano	14	8	22
01 a 04 anos	35	43	78
05 a 09 anos	58	72	130
10 a 14 anos	77	64	141
15 a 19 anos	83	54	137
20 a 24 anos	61	55	116
25 a 29 anos	63	61	124
30 a 34 anos	68	47	115
35 a 39 anos	58	52	110
40 a 49 anos	148	105	253
50 a 59 anos	111	110	221
60 a 69 anos	77	84	161
70 a 79 anos	72	38	110
80 a 99 anos	18	18	36
TOTAL	943	811	1754

Figura 3 - Distribuição da população por faixa etária.

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O acolhimento é feito todos os dias de atendimento de segunda até sexta-feira nos turnos da manhã e da tarde, com uma média de tempo de até 5 minutos

para que as necessidades de todos os usuários sejam escutadas. Afortunadamente não temos excesso de demanda espontânea, pois as agendas dos profissionais médicos tem uma média em cada turno de oito pacientes com mais 6 vagas para demanda espontânea e 4 para urgências e emergências. O atendimento é feito sempre por dois clínicos gerais, mais o pediatra e ginecologista duas vezes por semana, sendo que as enfermeiras fazem consultas de enfermagem. Além disso, se algum dia há necessidade os médicos fazem o atendimento, pois o mais importante para nós é que todos os usuários sejam atendidos no mesmo dia independentemente de sua demanda ser ou não uma urgência ou emergência.

O acolhimento, dependendo de como se apresenta, pode ser uma porta aberta, entreaberta ou só mais uma porta que o usuário bate, mas não se abre. É por isso que, em nossa UBS todos os profissionais estão constantemente discutindo e tentando aprimorar o acolhimento. Existe um grande esforço de todos, principalmente das enfermeiras, para acolher os usuários e tentar resolver suas demandas com a maior qualidade possível no menor tempo possível.

Em nossa área de abrangência, há 22 crianças menores de 1 ano totalizando 1,2% do total da população bem próximo à estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) que foi de 21 lactantes, e 51 crianças menores de 5 anos somando 2,9% do total da população.

Das 22 crianças, duas realizam consultas de puericultura com pediatras particulares e vinte realizam o acompanhamento periódico e contínuo na UBS totalizando 90,9% de cobertura segundo os intervalos preestabelecidos pelo Ministério da Saúde. Por enquanto, o número de consultas para os menores de 5 anos é muito menor, chegando a 74,8%. A puericultura acontece duas vezes por semana na terça e na quinta-feira, sempre no horário da tarde. Não existem crianças fora de nossa área de cobertura que solicitem nosso atendimento para consulta de puericultura, pois os municípios vizinhos têm UBS e realizam suas consultas de puericultura, ficando muito mais fácil para as mães das crianças o atendimento em seu próprio município. A consulta é feita pelos clínicos gerais e o pediatra, além da enfermeira, utilizando o protocolo de atendimento para a consulta de puericultura, elaborado pelo MS, com data de publicação no ano 2012, o que garante um atendimento médico de qualidade com uma ótima preparação dos profissionais. Também são utilizados os protocolos para encaminhamento para atendimento com

outras especialidades, internação hospitalar e encaminhamento para o pronto atendimento ou pronto socorro.

Em nossa UBS, a enfermeira recebe a criança e sua mãe, faz os cumprimentos habituais e ao mesmo tempo observa o comportamento da criança, da mãe e outros familiares se estiverem presentes, atenta ao relacionamento estabelecido entre eles. A seguir ela solicita o cartão da criança e verifica no prontuário e na ficha de atendimento da criança os dados da consulta anterior. Conversa com a mãe e com a criança, de acordo a sua idade, para obter informações que serão avaliadas durante a consulta, realiza o exame físico da criança e registra os achados no prontuário e no cartão da criança tais como peso, temperatura, estatura e perímetro cefálico, informando a mãe sobre a avaliação realizada, reforça a importância do próximo retorno e providencia o encaminhamento para consulta médica. Na consulta o médico realiza novamente o exame físico, avaliação do estado nutricional da criança da história alimentar, da curva de crescimento pelos parâmetros antropométricos adotados pelo Ministério da Saúde acompanhando o processo de crescimento e desenvolvimento, monitorando os fatores de risco ao nascer e evolutivos, estimula o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e a alimentação complementar. Na primeira consulta é feito o teste do pezinho sempre nos primeiros sete dias em todos os lactantes e a triagem auditiva. O médico verifica a aplicação das vacinas do esquema básico de imunização do Ministério da Saúde e outras disponíveis, sendo que a vacinação mostra uma porcentagem de 90% com só duas crianças pendentes por doenças respiratórias agudas. Realiza também avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, na avaliação do desempenho escolar e dos cuidados dispensados pela escola, avaliação do padrão de atividades físicas diárias conforme parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde, exame da acuidade visual e da função auditiva, avaliação das condições do meio ambiente conforme roteiro do Ministério da Saúde, avaliação dos cuidados domiciliares dispensados à criança, avaliação do desenvolvimento da sexualidade, avaliação quantitativa e qualitativa do sono, saúde bucal, entre outros. Logo o médico conversa com o responsável sobre dicas de alimentação saudável, o significado do posicionamento da curva de crescimento explicando como reconhecer os sinais de alarme de risco, chama a atenção sobre a data da próxima vacina, orienta a respeito de como prevenir acidentes de acordo com a faixa etária da criança, explica sobre a prevenção de diversas doenças que

costumam acometer as crianças, por meio de uma adequada supervisão higiênica, dietética, comportamental e nutricional, entre outros. Por último, o médico orienta a data da próxima consulta e verifica a compreensão sobre as informações fornecidas, necessárias para o bom desenvolvimento e manutenção do estado de saúde da criança e preenche a caderneta da criança e o prontuário com as informações atuais para as futuras consultas. Também são feitas visitas domiciliares às crianças com o objetivo de realizar o acompanhamento e avaliação da criança com orientações às mães e seus familiares sobre a importância do desenvolvimento neuro-psicomotor, social e afetivo, crescimento físico e nutrição, vacinação, higiene pessoal, mental, domiciliar e ambiental, vínculo afetivo, alto estima, segurança e proteção contra acidentes, identificação de agravos e situações de risco, encaminhamento para a UBS das crianças quando for indicado para tratamento, entre outros. Estas visitas são feitas pelos ACS, as enfermeiras e os médicos clínicos gerais. A equipe de saúde, além do atendimento médico e as visitas domiciliares realizam também atividades com um grupo de 21 mães e crianças menores de 5 anos. Estas atividades são realizadas no âmbito da UBS, nas escolas e outros espaços comunitários com uma frequência mensal e com a participação da assistente social, médico clínico geral, enfermeira, nutricionista e psicóloga. Temos um arquivo específico, na sala de enfermagem, para os registros dos documentos das crianças, este arquivo é revisado semanalmente pela enfermeira com a finalidade de verificar crianças faltosas, completude dos registros, identificar procedimentos em atraso como peso e vacinas, crianças de risco, entre outros. Além das consultas programadas de puericultura existe demanda de crianças da área de cobertura da UBS para atendimento por problemas de saúde agudos não existindo excesso de demanda, pois sempre são atendidos no mesmo dia pelo pediatra ou clínico geral. Em nossa UBS contamos com o Programa Bolsa Família, do Ministério da Saúde sendo a responsável pelo cadastramento das crianças a assistente social, que também é a responsável pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde e temos implantado também o SISVAN Criança.

A UBS de Capão Bonito do Sul atende 23 gestantes residentes na área de abrangência totalizando 1,2% do total da população e todas elas realizam o acompanhamento ao pré-natal na UBS. A porcentagem ficou abaixo da estimativa que foi de 26 gestantes, as quais representam 1,5% do total da população residente no município. As 23 gestantes que moram no município realizam o

acompanhamento periódico e contínuo no programa de pré-natal em nossa UBS o que resulta em 100% de cobertura. Nossa UBS realiza atendimento ao Pré-Natal de baixo risco. O mesmo acontece duas vezes por semana na terça e quintas-feiras sempre no horário da tarde, quando a demanda espontânea é muito menor. Não existem gestantes fora de nossa área de abrangência que solicitem nosso atendimento. A consulta é feita em equipe, o atendimento médico é feito pelos clínicos gerais e o ginecologista além do assistente social, a enfermeira, psicóloga, nutricionista e odontólogo. Não existe protocolo de atendimento na UBS, porém o atendimento médico é de qualidade e a preparação dos profissionais é ótima, possibilitando a discussão permanente com a população, em especial as mulheres, sobre a importância da assistência pré-natal na UBS e a identificação precoce de todas as gestantes na comunidade para o início do acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, e poder assim realizar intervenções oportunas em todo o período gestacional. Após a confirmação da gravidez é realizado o cadastro da gestante no SISPRENATAL do Ministério da Saúde pela enfermeira e preenchimento do Cartão da Gestante. A seguir é feita a primeira consulta, onde sempre são indicados os exames laboratoriais preconizados. Em todas as consultas é utilizada a classificação do risco gestacional, com a realização de anamnese, exame físico geral e ginecológico, exames complementares segundo o tempo de gestação, a imunização antitetânica e para hepatite B conforme o protocolo, bem como a prescrição de todos os medicamentos necessários, inclusive a suplementação de sulfato ferroso para tratamento e profilaxia de anemia. Todas as consultas ficam registradas no prontuário e no formulário especial do pré-natal, os quais são solicitados por todos os profissionais da saúde para os atendimentos. Nas consultas, os profissionais de saúde abordam as questões de alimentação saudável, risco de tabagismo, uso de álcool e de outras drogas, uso de medicações na gestação, significado do posicionamento da curva de ganho de peso, data da próxima vacina, importância da realização de atividade física, promoção do aleitamento materno, cuidados com um recém-nascido e importância da avaliação da saúde bucal. Das gestantes em acompanhamento na UBS, 21 delas passaram pela avaliação de saúde bucal, representando 91,3% desta população. Também são feitas visitas domiciliares às gestantes com o objetivo de monitorar a saúde da mulher e a criança, busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal, orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da

vacinação, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários se for preciso, desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários, acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde, que em nosso caso não temos nenhuma, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço, entre outros. Estas visitas são feitas pelos ACS e também pelos médicos clínicos gerais acompanhados, na maioria das vezes, pelas enfermeiras ou técnicas de enfermagem. A equipe da ESF, além do atendimento médico e as visitas domiciliares, realizam atividades com o grupo de gestantes. O grupo acontece quinzenalmente e participam 18 das 23 gestantes e os profissionais. Os profissionais que participam destas atividades são o médico clínico geral, enfermeira, técnico de enfermagem, psicóloga e nutricionista. Além disso, existem outros profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de pré-natal como são o assistente social, enfermeira e psicóloga, realizando reuniões com periodicidade quinzenal para avaliar os resultados utilizando como fontes de dados o prontuário clínico, os registros específicos do pré-natal, o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e o SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), mas até agora após avaliação não se produzem relatórios com os resultados encontrados. Temos um arquivo específico, na sala de enfermagem, para os registros dos documentos das gestantes, este arquivo é revisado semanalmente pela enfermeira com a finalidade de verificar gestantes faltosas, completude dos registros, identificar gestantes com pré-natal de risco ou data provável de parto, entre outros.

A unidade tem um total de 438 mulheres entre 25 e 64 anos de idade cadastradas no Programa de Prevenção ao câncer de colo de útero, correspondendo há 91% de cobertura. É realizada a coleta de exame citopatológico todos os dias da semana em todos os turnos, a mesma é feita pelo médico geral integral, o ginecologista ou pela enfermeira. Desse total de 438 mulheres cerca de 100 realizam o exame citopatológico em clínicas particulares, porém 12 mulheres fora de nossa área de abrangência, que trabalham em nosso município, realizam o rastreamento em nossa UBS o que faz um total de 354 mulheres. Desse universo de 345 mulheres, somente 285 (65%) tem o exame citopatológico em dia, enquanto

com atraso temos 57 mulheres, delas 21 com menos de 6 meses que representam 5 % do total, e as restantes com menos de 6 meses de atraso.

Com relação aos exames coletados, segundo o registro, no ano 2012 foram realizados 117 exames, 93 exames no ano 2013 e 55 exames até o mês de agosto d 2014, para um total de 265 amostras que representam 61 % de acordo com o universo de mulheres. Destas, 260 foram amostras satisfatórias e cinco insatisfatórias, com nenhum exame coletado com células representativas da junção escamo-colunar e ate agora, só um caso positivo de câncer de colo de útero realizando um bom acompanhamento médico e com muito bom prognóstico.

Olhando os indicadores anteriores podemos afirmar que o programa de prevenção desta doença não esta funcionando bem. Para melhorar estes indicadores, faz já cerca de dois meses que médico e enfermeira estamos realizando o rastreamento organizado dirigido às mulheres de toda nossa população na faixa etária correspondente, além das ações de promoção e prevenção primária, com as visitas dos ACS, na consulta médica e de enfermagem, e nas visitas domiciliares realizadas pelo médico e enfermeira, encaminhadas a educar todas as mulheres para a realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino segundo estabelece o Ministério de Saúde, assim como orientar para o uso de preservativo em todas as relações sexuais e assegurar, ao maior número dessas mulheres, o acesso à realização do exame citopatológico na própria UBS, além de controlar a maior quantidade de fatores de risco possíveis.

Umas das limitações neste momento é que não existe protocolo de prevenção do câncer do colo do útero nem existe arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológicos coletados, mas até agora todas as informações são bem documentadas no livro de registro e seguimento de mulheres submetidas ao exame citopatológico do colo do útero. O livro tem o registro da informação começando pelo número de ordem, data da coleta, os dados pessoais da mulher, o resultado, até o número de lâmina, tratamento, conduta ou encaminhamento se for o caso.

Outro fator limitante é que ainda não realizamos atividades com grupos de mulheres nem contamos com profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino nem para sua avaliação e monitoramento, sendo as atividades de promoção e prevenção ainda insuficientes neste sentido.

Além disso, a totalidade das mulheres tem avaliação de risco, orientação sobre prevenção de câncer de colo e doenças sexualmente transmissíveis, temas abordados nas consultas médicas pelo clínico geral e pelo ginecologista, além da consulta de enfermagem para a realização do procedimento e o trabalho dos ACS nas visitas domiciliares na comunidade.

Do mesmo jeito em nossa UBS realizamos o rastreamento do Câncer de Mama mediante o Exame Clínico de Mama (ECM) e a indicação da Mamografia segundo a faixa etária e as recomendações do Ministério de Saúde. Ambos os tipos de rastreamento são feito todos os dias da semana em todos os turnos de atendimento, não existindo dificuldade nenhuma para sua realização. No caso da mamografia, ela é agendada e feita na mesma semana que é solicitada pelo médico, sendo garantido o transporte da usuária pela secretaria de saúde.

Temos um universo de 169 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que representam 93% das usuárias cadastradas. Deste universo, no ano 2013 foram feitas 68 mamografias, neste ano, até o mês de agosto, foram realizadas 26 mamografias que representam 55,6%, ainda muito baixo quando se trata de prevenção de câncer e com todas as possibilidades para fazer o exame de mamografia e o ECM. Acontece que não existe protocolo de controle do câncer de mama nem profissionais na UBS que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle que permitam ao mesmo tempo a avaliação e monitoramento do programa tendo em conta a importância da obtenção de melhores resultados. Além disso, temos conhecimento que cerca de 20 mulheres realizam se a mamografia em clínicas particulares o que dificulta também o registro de dados referentes a este tema.

Nossa ESF realiza também acompanhamento dos pacientes com HAS através de consultas programadas e atendimento por problemas de saúde agudos devidos a esta doença. Segundo o nosso cadastro na UBS, temos um total de 327 pacientes com 20 anos com Hipertensão Arterial Sistêmica o que representa 18,6% do total da população adstrita. As consultas programadas são feitas em equipe principalmente pelo médico clínico geral e a enfermeira, com participação segundo as necessidades, do psicólogo, nutricionista, educador físico e odontólogo.

Os atendimentos acontecem todos os dias da semana, com agendamento prévio em todos os turnos, além disso, do total de pacientes hipertensos, 43 pacientes tem atraso de mais de 7 dias nas consultas programadas. Além de não ter

na UBS o protocolo de atendimento específico para HAS, as consultas são feitas com qualidade, realizando um bom interrogatório, exame físico e solicitação os exames laboratoriais sendo que do total de hipertensos, 278 (85%) tem estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Temos que colocar que ainda temos 15% dos usuários sem a classificação de risco, ou sem registro no prontuário clínico. O processo de educação em saúde é feito na mesma consulta pela maioria dos profissionais oferecendo orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular para o controle do peso corporal, assim como os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo. Após a consulta, o paciente sai da UBS com sua próxima consulta agendada, não existindo excesso de demanda para este tipo de atendimento. Neste caso, ao atraso existente nas consultas é devido à falta de planejamento. Sempre todos os dados da consulta ficam registrados no prontuário clínico.

Além das consultas programadas realizamos também atendimento para os casos com problemas de saúde agudos com todos os dias da semana sem que exista excesso de demanda em nenhum dos dois turnos de atendimento. Além disso, são desenvolvidas também outras ações para os adultos portadores de HAS relacionadas com a saúde mental com a psicóloga, manejos da obesidade com a nutricionista, assim como diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal com o dentista, existindo também atraso neste sentido, pois somente 253 (77%) hipertensos realizaram avaliação de saúde bucal.

Estamos trabalhando com dois grupos de hipertensos e diabéticos. Cada grupo está formado por 25 usuários, com HAS, DM ou ambas, e com pessoas para formar outro grupo nos próximos dias com mais 25 pacientes. Os grupos funcionam uma vez por mês, na segunda e quarta quintas-feiras de cada mês no horário da tarde no salão de reuniões na própria UBS. A abertura sempre é feita com uma palestra, convidando diferentes profissionais especializados como psicólogos, nutricionistas, farmacêutica, entre outros, ou membros da mesma equipe. Dentre os temas debatidos estão a importância da mudança no estilo de vida, alimentação saudável, prática de atividade física, saúde bucal, adesão ao tratamento médico, tabagismo, pé diabético, entre outros. Depois realizamos verificação da pressão arterial e a entrega da medicação mensal para cada paciente. A equipe tem a relação dos participantes em cada encontro, além do planejamento prévio das

atividades programadas, sendo abordados os mesmos assuntos com cada grupo a cada mês.

Nossa ESF atende 98 (88%) usuários diabéticos. Realizamos o acompanhamento através de consultas programadas e atendimento por problemas de saúde agudos. As consultas programadas são feitas principalmente pelo médico clínico geral e a enfermeira, além da participação do psicólogo, nutricionista, educador físico, e odontólogo segundo as necessidades. Os atendimentos acontecem todos os dias da semana e em todos os turnos. Do total dos diabéticos somente 11 pacientes tem atraso de mais de 7 dias nas consultas programadas, sendo em 3 deles maior que 1 mês. Não temos o protocolo de atendimento específico para DM, as consultas são feitas segundo as indicações do Caderno de Atenção Básica para esta doença do Ministério da Saúde repassada por cada profissional, realizando interrogatório, exame físico e solicitação dos exames laboratoriais. Ainda precisamos melhorar a qualidade do exame físico, pois do total de pacientes diabéticos somente 45 (45,9%) tem avaliação do pulso tibial posterior e pedioso com medida da sensibilidade dos pés, o que é uma parte do exame físico muito importante no paciente com esta doença para a avaliação de suas complicações.

Além das consultas programadas, realizamos também visitas domiciliares e atendimento para os casos com problemas de saúde agudos todos os dias da semana sem que também não exista excesso de demanda em nenhum dos dois turnos de atendimento.

Resumindo, percebemos que existem várias dificuldades relacionadas com a atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos que atingem a qualidade do atendimento. Primeiro não temos os protocolos para atendimento e encaminhamento destas duas doenças, o que além da boa preparação dos profissionais dificulta sem dúvida o atendimento médico como mostram a maioria dos indicadores de qualidade avaliados, por exemplo, existe 15% dos usuários hipertensos e 17% dos usuários diabéticos que não tem avaliação de risco cardiovascular, coincidindo a maioria deles, com o atraso existente nas consultas programadas de ambos os grupos de usuários, no caso dos usuários diabéticos somente o 46% deles tem avaliação dos pés nos últimos 3 meses com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e teste de sensibilidade dos pés. Por outra parte, ao não ter profissionais encarregados do planejamento das ações com estes dois

grupos, até agora, não foi possível resolver o atraso existente em relação às consultas programadas e a avaliação de saúde bucal, sendo que somente tem este tipo de avaliação 79% dos diabéticos e 77% dos hipertensos de nossa UBS.

Em relação à saúde do idoso, a ESF de Capão Bonito do Sul tem uma população com 60 anos ou mais de 307 pessoas, distribuídas como mostra a figura 4.

Faixas Etárias	Homem	Mulher	TOTAL
60 – 69 anos	77	84	161
70 – 79 anos	72	38	110
80 anos e mais	18	18	36
TOTAL	167	140	307

Figura 4 - Distribuição da população idosa na ESF de Capão Bonito do Sul.

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O atendimento médico para este grupo populacional acontece todos os dias da semana, tanto através de consultas agendadas como atendimento por problemas de saúde agudos. Até agora, temos 14 (4,5%) idosos com atraso nas consultas programadas, o que representa 94% de acompanhamento em dia. Apesar de não ter em nossa UBS protocolo de atendimento, as consultas são feitas com qualidade pelos profissionais, realizando interrogatório e exame físico, avaliando a capacidade funcional global do idoso e explicando também como reconhecer sinais de risco para as principais doenças relacionadas com esta faixa etária. Sempre, em cada consulta, realizamos orientações sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos regularmente, perigos da automedicação, assim como evitar o consumo de álcool e tabaco. Também não temos protocolos para regular o acesso a outros níveis de atenção do sistema de saúde, mas conseguimos encaminhá-los segundo as necessidades de cada caso sem dificuldades. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e também temos a caderneta de saúde da pessoa idosa que é solicitada e preenchida em cada consulta por todos os profissionais.

Além do atendimento médico fazemos também visitas domiciliares, que representam um momento único no estabelecimento dos cuidados gerais aos idosos. Nela é possível estabelecer, junto aos familiares, um suporte mais adequado

às necessidades específicas da pessoa idosa, negociando com os familiares cada aspecto desse cuidado, tendo identificadas aquelas pessoas que precisam deste tipo de atendimento.

Também realizamos várias atividades com grupos de idosos no âmbito da UBS, no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e em outros espaços comunitários. Temos cinco grupos de idosos compostos por 125 pessoas idosas que realizam atividades mensais, como palestras sobre o controle das suas principais doenças, atividades físicas no ginásio, atividades de artesanato no CRAS, entre outras, além de outro grupo que realiza atividades de alfabetização por 5 meses. Existe também um grupo de profissionais dedicados ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, integrado por um assistente social, um enfermeiro e um psicólogo. Eles realizam reuniões mensais para avaliar e monitorar as atividades desenvolvidas com este grupo populacional. São estes mesmos profissionais os que se dedicam também à avaliação e monitoramento do programa produzindo relatórios sobre estas atividades, celebrando reuniões mensais e utilizando como fontes de dados o SIAB, prontuários clínicos, entre outros.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Sem sombra de dúvida, a realização da Especialização em Saúde da Família trouxe mudanças muito positivas no processo de trabalho em nossa UBS.

Quando abordamos na primeira etapa de ambientação a situação da ESF/APS em nosso serviço a realidade da ESF e nosso conhecimento sobre essa realidade eram bem diferentes à realidade que hoje exibimos como mostra o relatório final que encerra agora esta unidade, e que ao mesmo tempo constitui uma ferramenta importantíssima para facilitar adiante o processo de trabalho dos profissionais da saúde e as mudanças que ainda estão por vir.

No início, o trabalho foi bem difícil, mais com muito esforço e com o apoio de toda a equipe, hoje são muitos resultados obtidos e ainda faltam muitos mais por conquistar. Em primeiro lugar conseguimos concluir o novo cadastramento da população, conhecendo o estado real de saúde dos habitantes do município. Desde nossa chegada, foram criados os grupos de gestantes, de hipertensos e diabéticos, idosos e fumantes, que já hoje funcionam com excelentes resultados, permitindo aumentar as ações de promoção e prevenção em saúde. Começaram as visitas

domiciliares aos grupos prioritários tais como idosos, gestantes, crianças e pacientes com DCNT. Aumentou o número de consultas de puericultura, atenção ao pré-natal e as consultas programadas para as DCNT, diminuindo ao mesmo tempo o número de atendimentos por demanda espontânea, conseguindo terminar com o excesso da demanda. A UBS conta já com ambulância e será ampliada no primeiro semestre do próximo ano para ter uma maior capacidade, e nesta semana inauguramos a Unidade Móvel para o atendimento médico e odontológico nas comunidades da área de abrangência do município mais longe da sede.

Ainda temos grandes desafios pela frente, estamos trabalhando para melhorar a forma de registros de todas as ações desenvolvidas na UBS, com a implantação do sistema de registro do Sistema Único de Saúde (SUS), já foram reorganizados os arquivos e estamos selecionando também os profissionais que ficarão encarregados pela coordenação das ações dos principais grupos como foi tratado durante todo o curso, o que dificultava consideravelmente o desenvolvimento das ações neste sentido. Estamos trabalhando na atualização de todas as informações relacionadas com os protocolos para atendimento e encaminhamento dos principais grupos e garantir um ótimo atendimento.

Estamos confiantes que os resultados obtidos até hoje são só o começo de todas as mudanças que faremos junto a toda a ESF com o apoio dos gestores para melhorar a saúde do povo de Capão Bonito do Sul.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças crônicas não transmissíveis figuram como principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo, responsável por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais. A hipertensão e diabetes são os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, que por sua vez, constituem a principal causa de morbimortalidade na população mundial, como citado em artigo Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância (AUTOR, 2004). No Brasil, o DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC) submetida à diálise (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

A UBS Capão Bonito do Sul está localizada na cidade de mesmo nome, no estado do Rio Grande do Sul. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a cidade conta com população estimada em 2013 de 1.754 habitantes. A UBS conta com uma equipe de ESF em fase de implantação e sem apoio da equipe de NASF. A estrutura física se adapta aos requerimentos básicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Atualmente temos cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus 327 pacientes com HAS, que representam 18,6% do total da população adstrita, e 98 pacientes com DM, que representam 5,5%. O atendimento a esses usuários é realizado pela equipe, principalmente pelo médico clínico geral e a enfermeira, com participação do psicólogo, nutricionista, educador físico e odontólogo. Atualmente realizamos exame físico, classificação de risco, solicitação de exames complementares periódicos e ações de educação em saúde com grupos

de usuários. Todas as ações são registradas no prontuário clínico. Não há excesso de demanda e as consultas de retorno são agendadas.

Na realidade da ESF, são constantes os atendimentos de pacientes hipertensos e diabéticos com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares em alguns casos. As maiores dificuldades no acompanhamento destes usuários estão relacionadas com a baixa qualidade para alguns indicadores como avaliação de risco cardiovascular, atraso nas consultas programadas, não palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e teste de sensibilidade dos pés, falta de adesão às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado destas duas doenças. Além disso, não temos um profissional responsável pelo planejamento das ações do programa, o que dificulta monitorar as ações. Nossos melhores recursos são ter uma equipe disposta a enfrentar os desafios, um vínculo permanente com a comunidade e apoio total da secretaria municipal de saúde e da prefeitura. Assim, a partir da abordagem multidisciplinar destas duas doenças e da procura em levar todas as informações necessárias aos pacientes de forma mais acessível e mais dinâmica, espera-se que ocorra uma maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, ao uso correto da medicação, a preocupação com o bom controle e a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Capão Bonito do Sul do município de Capão Bonito do Sul/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1 - Ampliar a cobertura aos pacientes hipertensos para 100%.

Meta 2 - Ampliar a cobertura aos pacientes diabéticos para 100%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 3 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa da unidade de saúde.

Meta 4 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados.

Meta 5 - Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6 - Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 10 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Meta 11 - Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12 - Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 13 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 15 – Realizar avaliação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16 - Realizar avaliação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 17 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 18 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.

Meta 19 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.

Meta 20 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

Meta 21 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 22 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

Meta 23 - Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.

Meta 24 - Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde Capão Bonito do Sul. Serão convidados a participar os usuários hipertensos e diabéticos moradores na área de abrangência da UBS e serão cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde de 2013 – Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013b) e Cadernos de Atenção Básica nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013c).

2.3.1 Detalhamento das ações

Ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar 100 % de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento dos pacientes hipertensos cadastrados no programa será feito com a implantação da ficha-espelho do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, disponibilizada pelo curso de especialização.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Todos os pacientes hipertensos da área adstrita serão cadastrados no programa utilizando a ficha-espelho. O cadastramento será realizado durante a procura dos usuários hipertensos pela unidade, seja para consulta, troca de receita

ou outros, e também pela busca ativa e programada dos outros usuários sabidamente hipertensos pelos ACS. Durante o cadastramento a enfermeira ou técnica de enfermagem preencherão os dados de identificação e antropométricos. A seguir, o médico e a enfermeira, durante as consultas médicas e de enfermagem, realizarão o preenchimento dos demais dados, incluindo a estratificação de risco cardiovascular e as orientações sobre educação em saúde.

Ação: Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.

Detalhamento: O acolhimento destes pacientes acontecerá desde sua chegada à recepção da UBS, sendo registrado dentro dos atendimentos médicos programados para esse dia pela ordem de chegada. A seguir será encaminhado para a triagem e acolhimento pela técnica de enfermagem ou enfermeira e posteriormente aguardará na sala de espera para atendimento em consulta médica. Entanto, nesta sala serão projetados vídeos com informações importantes sobre estas duas doenças, assim como atividades de promoção e educação em saúde, as quais serão feitas pelos médicos clínicos gerais e enfermeiras da ESF de acordo com o planejamento que já foi feito para o projeto de intervenção.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Já estão garantidos todos os materiais necessários para a tomada da PA dos pacientes hipertensos na UBS.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Na semana prévia a iniciar a intervenção será realizada uma reunião com toda a ESF com a participação do gestor municipal e membros da Prefeitura municipal para divulgar o projeto de intervenção. Ademais, serão feitas várias reuniões com lideranças das principais comunidades do município, divulgando e pedindo seu apoio com a comunidade para a divulgação do projeto. Além disso, está planejado um espaço na rádio comunitária para expor todo o relacionado com o projeto de intervenção e será também utilizado este espaço para realizar atividades

educativas ao longo do projeto relacionadas com a hipertensão arterial e o diabetes com uma frequência quinzenal. A divulgação também será realizada em todas as consultas médicas, consultas de odontologia, triagem de enfermagem, no atendimento nas comunidades com a Unidade Móvel da UBS, e por toda a equipe em geral nas diferentes atividades da UBS, com todos os pacientes, sejam ou não sejam pacientes portadores de hipertensão ou diabetes, que, por sua vez, serão divulgadores do projeto em suas comunidades.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão.

Detalhamento: Será confeccionado um folder com dicas de saúde, que entre outros temas abordará a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial. No mesmo programa de rádio, a ESF orientará toda população sobre os temas mencionados anteriormente. Durante o acolhimento dos pacientes na sala de espera serão projetados vídeos sobre os aspectos já mencionados. Durante o acolhimento dos pacientes na sala de espera serão feitas atividades de educação em saúde relacionadas com estes temas.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito

Detalhamento: Está sendo elaborado junto com a Secretária de Saúde, um plano de capacitação com todos os aspectos relacionados com o projeto, que inclui a capacitação de todos os profissionais da saúde da UBS, e os membros da ESF, o que será feito com uma periodicidade semanal ou quinzenal segundo o volume do plano e o tempo disponível.

Meta 2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar 100% de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento dos pacientes diabéticos cadastrados no programa será feito com a implantação da ficha-espelho do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, disponibilizada pelo curso de especialização.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Todos os pacientes diabéticos da área adstrita serão cadastrados no programa utilizando a ficha-espelho. O cadastramento será realizado durante a procura dos usuários hipertensos pela unidade, seja para consulta, troca de receita ou outros, e também pela busca ativa e programada dos outros usuários sabidamente hipertensos pelos ACS. Durante o cadastramento a enfermeira ou técnica de enfermagem preencherão os dados de identificação e antropométricos. A seguir, o médico e a enfermeira, durante as consultas médicas e de enfermagem, realizarão o preenchimento dos demais dados, incluindo a estratificação de risco cardiovascular e as orientações sobre educação em saúde.

Ação: Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.

Detalhamento: O acolhimento destes pacientes será diferenciado. Na sala de espera serão projetados vídeos com informações importantes sobre estas duas doenças, assim como atividades de promoção e educação em saúde.

Ação: Garantir material adequado para a realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Já estão garantidos todos os materiais necessários para a realização do teste de glicose.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes.

Detalhamento: Será confeccionado uma folder com dicas de saúde, que entre outros temas abordarão a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. No programa de rádio, a ESF orientará a toda população sobre o tema mencionado anteriormente. Durante o acolhimento dos pacientes na sala de espera serão projetados vídeos sobre os aspectos já mencionados. Durante o acolhimento dos pacientes na sala de espera serão feitas atividades de educação em saúde relacionadas com este tema.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Está sendo elaborado junto com a Secretária de Saúde, um plano de capacitação com todos os aspectos relacionados com o projeto, que inclui a capacitação de todos os profissionais da saúde da UBS, e os membros da ESF, o que será feito com uma periodicidade semanal ou quinzenal segundo o volume do plano e o tempo disponível.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

Detalhamento: O monitoramento da realização do exame clínico apropriado será feito usando a ficha-espelho, avaliando os itens relacionados exame físico (normal ou alterado) e exame dos pés (normal ou alterado).

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Através do plano de capacitação que será embasado no manual técnico do Ministério da Saúde – 2013. A periodicidade para atualização dos profissionais será mensal. Já dispomos da versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes como a comunidade toda sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento da realização do exame clínico apropriado será feito com a implantação da Ficha - Espelho, na qual serão acrescentados alguns itens adicionais que permitam um maior controle.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Através do plano de capacitação que será embasado no manual técnico do ministério da saúde – 2013. A periodicidade para atualização dos profissionais será mensal. Já dispomos da versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes como a comunidade toda sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e

sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Para este monitoramento será usada a Ficha-espelho marcando a data de realização de cada exame.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: São garantidas sem dificuldades as solicitações dos exames complementares para os pacientes hipertensos na UBS, sendo inclusive realizada coleta de sangue na própria UBS. O Grupo de Monitoramento e Avaliação será

encarregado de monitorar o sistema de alerta sobre os exames complementares preconizados.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes como a comunidade toda sobre a necessidade de realização de exames complementares durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos HIPERDIA ou em outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Para este monitoramento será usada a Ficha-espelho marcando a data de realização de cada exame.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: São garantidas sem dificuldades as solicitações dos exames complementares para os pacientes diabéticos na UBS, sendo inclusive realizada coleta de sangue na própria UBS. O Grupo de Monitoramento e Avaliação será encarregado de monitorar o sistema de alerta sobre os exames complementares preconizados.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes como a comunidade toda sobre a necessidade de realização de exames complementares durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos HIPERDIA ou em outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Este monitoramento será realizado na farmácia popular pela farmacêutica, quem realizara um controle mensal dos pacientes hipertensos e diabéticos que retirem seus medicamentos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizado o controle do estoque de medicamentos uma vez por mês, incluindo validade, bem como o registro atual das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na UBS. O responsável será o médico especializando.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Serão orientados através das atividades de acolhimento, distribuição de folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos e nas reuniões em espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Este monitoramento será realizado na farmácia popular pela farmacêutica, quem realizara um controle mensal dos pacientes hipertensos e diabéticos que retirem seus medicamentos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizado o controle do estoque de medicamentos mensalmente, incluindo validade, bem como o registro atual das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na UBS. O responsável será o médico especializando.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Serão orientados através das atividades de acolhimento, distribuição de folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos e nas reuniões em espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Para este monitoramento será usada a Ficha-Espelho utilizando o item “Necessidade de atendimento odontológico”.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal, se possível, para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: A necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos será avaliada por toda a equipe de saúde. Será organizada a agenda de saúde bucal com o odontólogo para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes como a comunidade toda sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou em outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Para este monitoramento será usada a Ficha-Espelho utilizando o item “Necessidade de atendimento odontológico”.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: A necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos será avaliada por toda a equipe de saúde. Será organizada a agenda de saúde bucal com o odontólogo para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes como a comunidade toda sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou em outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Para este monitoramento será usada a Ficha-Espelho. A enfermeira avaliara quinzenalmente as consultas realizadas segundo a periodicidade estabelecida para poder informar os pacientes faltosos e realizar a busca ativa destes pacientes.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Serão realizadas visitas domiciliares pelos ACS, enfermeira e médicos clínicos gerais da equipe de saúde com uma periodicidade de três vezes por semana para buscar os pacientes faltosos. A agenda será organizada para dispor de quatro consultas semanais para hipertensos provenientes destas buscas.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes como a comunidade toda sobre a importância da realização das consultas médicas com a periodicidade estabelecida, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou em outros espaços comunitários. Os usuários serão consultados durante estes encontros sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão em atividades com os grupos HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Para este monitoramento será usada a Ficha-espelho. A enfermeira avaliara quinzenalmente as consultas realizadas segundo a periodicidade estabelecida para poder informar os pacientes faltosos e realizar a busca ativa destes pacientes.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Serão realizadas visitas domiciliares com uma periodicidade de três vezes por semana para buscar os pacientes faltosos. E a agenda será organizada para dispor de 4 consultas semanais para diabéticos provenientes destas buscas.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Ação: Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes como a comunidade toda sobre a importância da realização das consultas médicas com a periodicidade estabelecida, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou em outros espaços comunitários. Os usuários serão consultados durante estes encontros sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes em atividades com os grupos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Será criado um grupo de monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde (GMA), que estará formado pelo médico clínico geral responsável pelo projeto e a enfermeira da equipe. Este grupo será o encarregado pela revisão dos prontuários e outros documentos para garantir a qualidade dos registros dos hipertensos acompanhados na UBS com uma periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: O GMA será o encarregado de monitorar que as informações do SIAB se mantenham atualizadas, assim como da implantação da Ficha-Espelho, dos registros das informações e do sistema de alerta para ações em atraso. Será definido um responsável da ESF para o monitoramento dos registros.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes como a comunidade toda sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou em outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Será criado um grupo de monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde (GMA), que estará formado pelo médico clínico geral responsável pelo projeto e a enfermeira da equipe. Este grupo será o encarregado pela revisão dos prontuários e outros documentos para garantir a qualidade dos registros dos diabéticos acompanhados na UBS com uma periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: O GMA será o encarregado de monitorar que as informações do SIAB se mantenham atualizadas, assim como da implantação da Ficha-espelho, dos registros das informações e do sistema de alerta para ações em atraso. Será definido um responsável da ESF para o monitoramento dos registros.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes como a comunidade toda sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou em outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Para este monitoramento o GMA usará a Ficha-Espelho, avaliando o item “Estratificação de risco” com uma periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Será organizada a agenda de turnos para priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes como a comunidade toda quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular durante as

atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos, visitas domiciliares ou em outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Para este monitoramento o GMA usará a Ficha-Espelho, avaliando o item “Estratificação de risco” com uma periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Será organizada a agenda de turnos para priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes como a comunidade toda quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos, visitas domiciliares ou em outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: O GMA usando a Ficha-Espelho realizará o monitoramento das ações de orientação nutricional dos pacientes hipertensos com uma periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Serão realizadas práticas coletivas com os grupos de hipertensos e diabéticos com atividades sobre alimentação saudável conduzida pela nutricionista da equipe. Além disso, serão organizadas palestras sobre alimentação saudável nas principais comunidades do município para envolver o número maior de pacientes.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes, familiares, como a comunidade sobre a importância da alimentação saudável durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou em outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: O GMA usando a Ficha-Espelho realizará o monitoramento das ações de orientação nutricional dos pacientes diabéticos com uma periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Serão realizadas práticas coletivas com os grupos de hipertensos e diabéticos com atividades sobre alimentação saudável conduzida pela nutricionista da equipe. Além disso, serão organizadas palestras sobre alimentação saudável nas principais comunidades do município para envolver o número maior de pacientes.

Engajamento público

Ação: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes, familiares, como a comunidade sobre a importância da alimentação saudável durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou em outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: O GMA usando a Ficha-Espelho realizará o monitoramento das ações de orientação para atividade física regular aos hipertensos com uma periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Serão realizadas as práticas coletivas com os grupos de hipertensos e diabéticos com atividades sobre atividade física. Vamos procurar parcerias com as escolas da área de abrangência e com o gestor buscando a participação do educador físico.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes, familiares, como a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou em outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento: O GMA usando a Ficha-Espelho realizará o monitoramento das ações de orientação para atividade física regular aos diabéticos com uma periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Serão realizadas as práticas coletivas com os grupos de hipertensos e diabéticos com atividades sobre atividade física. Vamos procurar parcerias com as escolas da área de abrangência e com o gestor buscando a participação do educador físico.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes, familiares, como a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou em outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: O GMA usando a Ficha-Espelho realizará o monitoramento das ações de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos com uma periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Já foi comprado e está em andamento um grupo para abandono do tabagismo na UBS com resultados muito bons.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Serão orientados os hipertensos tabagistas sobre a existência na UBS de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: O GMA usando a Ficha-Espelho realizará o monitoramento das ações de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos com uma periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Já foi comprado e está em andamento um grupo para abandono do tabagismo na UBS com resultados muito bons.

Engajamento público

Ação: Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Serão orientados os hipertensos tabagistas sobre a existência na UBS de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: O GMA usando a Ficha-Espelho realizará o monitoramento das ações de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos com uma periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Será organizado o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes, familiares, como a comunidade sobre a importância da higiene bucal, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de

enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou em outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: O GMA usando a Ficha-Espelho realizará o monitoramento das ações de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos com uma periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Será organizado o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público

Ação: Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Serão orientados tanto os pacientes, familiares, como a comunidade sobre a importância da higiene bucal, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou em outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada quinzenalmente na própria UBS após a reunião de equipe.

2.3.2 Indicadores

Indicadores para monitorar o alcance das metas:

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde acompanhados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde acompanhados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus vamos adotar a última versão do protocolo de HAS e do protocolo de DM do Ministério da Saúde, publicado em 2013. Como nossa UBS é totalmente informatizada, para o registro das informações trabalharemos com os prontuários eletrônicos dos pacientes hipertensos e diabéticos, e utilizaremos a ficha-espelho do paciente hipertenso e diabético disponibilizada pelo curso de especialização (Anexo C).

Com o projeto, estimamos atingir a meta de cobertura de 100% dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência. Faremos contato com o gestor municipal para dispor cópia de 450 fichas-espelho que serão guardadas no arquivo específico. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso de especialização (Anexo B).

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira realizará o cadastro de todos os pacientes hipertensos da área adstrita, que serão cadastrados no programa utilizando a ficha-espelho. O cadastramento será realizado durante a procura dos usuários hipertensos pela unidade, seja para consulta, troca de receita ou outros, e também pela busca ativa e programada dos outros usuários sabidamente hipertensos pelos ACS.

Semanalmente o grupo de monitoramento das ações, formado pelo médico clínico geral responsável pelo projeto de intervenção e a enfermeira da ESF, examinarão as fichas-espelho dos pacientes hipertensos e diabéticos para identificar aqueles que estão com consultas em atraso, exames clínicos e complementares em atraso, estratificação de risco cardiovascular, se receberam orientações sobre alimentação saudável, atividade física, riscos de tabagismo e higiene bucal, entre outros. O ACS fará busca ativa de todos os pacientes em atraso informados pela enfermeira semanalmente e agendará o paciente para a sua próxima consulta para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha de acompanhamento serão consolidadas na planilha eletrônica. A enfermeira

da ESF será também a responsável pela avaliação da qualidade dos registros das informações no prontuário eletrônico e os outros registros utilizados no projeto, identificando também os pacientes com necessidades de atendimento odontológico. Verificará no cadastro da farmácia popular o acesso dos pacientes aos medicamentos, e realizará o controle dos estoques de medicamentos indicados no tratamento da HAS e DM. O médico planejará todas as atividades dos grupos de hipertensos e diabéticos.

O acolhimento dos pacientes hipertensos e diabéticos que solicitem atendimento médico acontecerá desde sua chegada à recepção da UBS, sendo registrados dentro dos atendimentos médicos programados para esse dia pela ordem de chegada todos os dias da semana em ambos os turnos. Todos os pacientes serão atendidos no mesmo dia, tanto os que já têm sua consulta de seguimento agendada previamente para esse dia, quanto os que solicitam o serviço por problemas de saúde agudos. Os pacientes com consultas atrasadas terão prioridade no agendamento, sendo que serão reservadas três consultas em cada turno para os portadores de HAS e DM, e sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Em seguida, os pacientes hipertensos e diabéticos serão encaminhados para a triagem e acolhimento pela técnica de enfermagem ou enfermeira e posteriormente aguardará na sala de espera para atendimento em consulta médica. Nesta sala, serão projetados vídeos com informações importantes sobre estas duas doenças, assim como atividades de promoção e educação em saúde, as quais serão feitas pelos médicos clínicos gerais e enfermeiras da ESF de acordo com o planejamento que já foi feito para o projeto de intervenção. Serão pautados com o gestor municipal os materiais necessários para garantir a tomada da PA e a realização do hemoglicoteste, agilidade para a realização dos exames definidos pelo protocolo, assim como coordenar parcerias com outras instituições para envolver nutricionistas e educadores físicos nas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos.

Para orientar a comunidade faremos contato com a associação de moradores para apresentar o projeto de intervenção e esclarecer a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos, a importância do rastreamento para DM, entre outros. Além disso, será criado um espaço na rádio comunitária com uma periodicidade quinzenal, onde o médico e enfermeira da ESF informarão a toda a população sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à

Diabetes Mellitus e suas principais características. Também será confeccionado um folder com dicas de saúde sobre estas duas doenças assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

A análise situacional e a definição do foco de intervenção já foram discutidas com toda a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação prévia da ESF nos Protocolos de Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM, do Ministério da Saúde, de 2013 para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos. A capacitação ocorrerá no salão de reuniões da UBS, por um período de três semanas antes do começo da intervenção, na sexta feira no horário de 13:00 às 17:00 horas. Na capacitação cada membro da ESF estudará previamente uma parte do protocolo e exporá ao outros membros da equipe. Ao final serão sanadas as dúvidas em relação aos diferentes temas abordados em cada seção. Além disso, se estabelecerá uma periodicidade mensal para atualização dos profissionais da ESF.

3 Relatório da Intervenção

O presente relatório tem como objetivo principal descrever o processo de intervenção realizado na Unidade de Saúde Capão Bonito do Sul localizado na cidade de Capão Bonito do Sul-RS, no período de abril de 2015 a junho de 2015.

O desenvolvimento deste trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, visando cadastrar, acompanhar e monitorar os usuários portadores destas patologias. Para alcançar os objetivos foram desenvolvidas ações para ampliar a cobertura de usuários cadastrados no programa, melhorar adesão dos usuários ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético, ações de promoção da saúde e ações para melhoria dos processos de trabalho da equipe.

Após 12 semanas de árduo trabalho em equipe, com comprometimento e dedicação nas atividades do projeto de intervenção “Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus na UBS Capão Bonito do Sul”, fechamos esta primeira etapa para fazer o balanço dos resultados alcançados comparado com a proposta inicial do projeto, e poder corrigir, caso seja necessário, aquelas ações com dificuldades para atingir os objetivos da intervenção na segunda etapa até incorporar a totalidade dos usuários com HAS e DM da área de abrangência e alcançar as metas traçadas. Para melhor expor esses resultados a seguir serão abordados 4 aspectos principais:

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Começando a análise, gostaríamos de colocar como o projeto de intervenção veio a mudar a visão da equipe em relação ao acompanhamento da HAS e o DM na atenção primária de saúde e em particular o manejo dos usuários com estas duas doenças crônicas não transmissíveis em nossa ESF. É importante destacar que

durante as três primeiras semanas da intervenção tivemos excesso de demanda na UBS devido à presença de somente um médico para o atendimento, pois um dos médicos clínico saiu para fazer a especialização em anestesia, o outro se encontrava de férias, dificultando um pouco o desenvolvimento das atividades. Além disso, mais adiante, o médico clínico responsável pelo projeto de intervenção precisou se afastar das atividades laborativas por três semanas por problemas de saúde, diminuindo consideravelmente o número de atendimentos clínicos, não obstante a equipe unida conseguiu desenvolver integralmente todas aquelas ações concebidas no projeto inicial, e que foram expostas em nosso cronograma de atividades, sem ter enfrentado grandes dificuldades que afetasse um bom andamento da intervenção ao longo desses três meses.

As ações começaram em janeiro deste ano com as quatro reuniões de capacitação dos profissionais de saúde de toda a equipe. Trabalharam-se os temas relacionados com a atenção dos hipertensos e diabéticos com ênfase na educação em saúde e todos os aspectos dos registros na Ficha-Espelho. Como recursos visuais foram utilizados um notebook e um data show para a apresentação dos slides, criados exclusivamente para a apresentação desse conteúdo. Como referências foram utilizados os protocolos de atendimento da Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus do Ministério da saúde, assim como o estabelecimento do papel de cada membro da equipe, incluindo a apresentação do projeto de intervenção, ensinando o correto preenchimento dos instrumentos a serem usados, discussão de dúvidas e escuta de sugestões, enfatizando nas atividades previstas no cronograma a serem desenvolvidas nessas 12 semanas.

Foram também decisivas as reuniões realizadas com o gestor municipal para garantir o desenvolvimento de atividades prioritárias como a agilidade na realização semanal dos exames complementares na própria UBS, e a obtenção dos resultados em até sete dias após coleta, além da coordenação de parcerias para as palestras com o grupo de hipertensos e diabéticos e a reprodução do folder confeccionado com dicas de prevenção relacionadas às duas doenças que foram distribuídas entre os pacientes e a população em geral. Ainda a organização da agenda geral e de odontologia da UBS para o atendimento prioritário dos usuários avaliados de alto risco e aqueles provenientes das buscas domiciliares. Já os contatos com as lideranças comunitárias, e a jornada de saúde na fábrica de papel do município foram peças fundamentais para a divulgação do programa, a captação dos

pacientes hipertensos e diabéticos e o melhor desenvolvimento das demais estratégias que foram implementadas na UBS como parte da intervenção.

A divulgação do projeto também aconteceu nas visitas às comunidades mais distantes com os atendimentos na Unidade Móvel nas comunidades de Lageado dos Ivos, Rincão Cumprido, Passo do Pajol e Assentamento 25 de Novembro.

Para reforçar a divulgação do projeto foram realizadas três entrevistas na rádio comunitária. Nessas participações foi explicado para a população como estava sendo implantado na UBS o projeto desenvolvido pela UFPEL como parte do curso de especialização em saúde da família que realizam todos os médicos do PMM em todo Brasil, com o objetivo de melhorar a saúde dos usuários portadores de HAS e DM em nossa área de abrangência. Explicamos aos ouvintes como estavam acontecendo no cotidiano essas novas ações começando com o cadastramento no programa mediante o preenchimento da ficha de acompanhamento, a triagem de enfermagem com medição da PA e a glicemia capilar, e as atividades de educação em saúde com projeção de vídeos ou palestras no salão de reuniões, seguidas da avaliação das necessidades de atendimento odontológico e atendimento clínico no consultório de maneira mais integral. Foi falado também sobre a criação do grupo de hipertensos e diabéticos, e como eram realizadas as atividades de educação em saúde com uma frequência mensal para tirar as dúvidas desses pacientes sobre os diferentes aspectos relacionados com suas doenças, assim como a realização das visitas domiciliares para busca de pacientes faltosos ou com difícil acesso ao serviço de saúde, entre outras, ressaltando o apoio recebido por parte da secretaria de saúde, sobretudo na parte logística do projeto.

A intervenção propriamente dita iniciou-se com o cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde, iniciando cada turno com o acolhimento aos pacientes hipertensos e diabéticos, incluindo também os usuários que procuraram a UBS por outros motivos, através de atividades de promoção e prevenção em saúde na sala de reuniões com a projeção de vídeos e palestras relacionadas com estas duas doenças, em seguida a triagem de enfermagem com o preenchimento da Ficha-Espelho, seguidas do atendimento clínico e odontológico dos pacientes hipertensos e diabéticos, orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física, riscos do tabagismo e importância da avaliação de saúde bucal aos hipertensos e diabéticos.

Outro acontecimento positivo na intervenção foi a implantação das visitas domiciliares para busca de pacientes faltosos e como estratégia na última etapa da intervenção para aumentar a cobertura do programa, cuidando sempre da qualidade dos atendimentos com todo o equipamento necessário para obter as informações.

Com relação à formação do grupo de usuários hipertensos e diabéticos foram realizados os quatro encontros segundo o planejado. O primeiro encontro foi anunciado pela rádio comunitária e contou com a presença do Prefeito Municipal acompanhado pela Primeira Dama, o Vice-Prefeito que é ao mesmo tempo o nosso Secretário de Saúde com sua esposa, que também é a enfermeira da ESF do posto de saúde e a imprensa da prefeitura. Nesta primeira reunião participaram 39 pacientes e foram projetados dois vídeos sobre as características principais destas duas doenças. Logo em seguida, iniciou-se um intercâmbio entre os pacientes e a equipe sobre as dúvidas destes em relação aos mais diversos temas relacionados com suas doenças.

O segundo encontro aconteceu na data prevista desta vez com muitos usuários novos dos atendimentos do primeiro mês de atividades. Nesta ocasião a palestra foi dirigida pela psicóloga da UBS e o tema principal foi a importância da autoestima no cuidado da saúde na hipertensão e o diabetes.

Já na terceira reunião foi preciso mudar a data de realização do encontro devido a que o clínico geral responsável pelo projeto teve que afastar-se das atividades por problemas de saúde e o outro médico não tinha planejado atendimento na UBS nessa data, mas no dia seguinte a reunião foi realizada segundo o planejado e as atividades foram dirigidas pelo Dr. Jefferson clínico geral e neurologista e o resto da equipe, inclusive contou com o apoio da Secretaria de Saúde. O tema da palestra foi a importância e a necessidade do tratamento médico precoce e contínuo para evitar o desenvolvimento de complicações futuras nos pacientes, além de informar e tirar dúvidas sobre outros problemas de saúde relacionados à hipertensão arterial e ao diabetes. Durante as reuniões eram aferidas glicemia capilar, pressão arterial e peso.

O último encontro proposto no projeto de intervenção aconteceu como planejado. Foi dirigido pela odontóloga da UBS. O tema da palestra foi sobre saúde bucal e no final do encontro os pacientes tiraram todas suas dúvidas sobre esse e outros problemas de saúde relacionados também com a hipertensão arterial e o diabetes.

Todas as semanas, às quintas-feiras de tarde realizávamos o monitoramento e avaliação dos resultados semanais da intervenção, verificando o comportamento dos principais indicadores, a qualidade das atividades de educação em saúde e os atendimentos clínicos, assim como discussão de dúvidas e escuta de sugestões para ir aperfeiçoando as diferentes ações.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Como foi colocado anteriormente, além de algumas dificuldades que enfrentamos ao longo da intervenção foram desenvolvidas todas as atividades previstas no cronograma da intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação à coleta e sistematização dos dados tudo aconteceu de acordo com o planejado. Os usuários foram cadastrados usando a ficha-espelho, que foi preenchida corretamente pela equipe de saúde, inicialmente pela enfermeira ou técnica de enfermagem no ambulatório com todos os itens de forma adequada, e logo completada pelos médicos clínicos durante o atendimento clínico. A seguir os dados coletados na ficha-espelho foram digitados na planilha de coleta de dados a cada semana, permitindo o cálculo dos indicadores que avaliavam a intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Ao longo da intervenção foram incorporadas paulatinamente à rotina do serviço todas as atividades previstas no cronograma para dar continuidade à ação programática, demanda apenas que tal incorporação no cotidiano do serviço tenha sua execução planejada como aconteceu ao longo desta primeira etapa, e reforçada em todas as reuniões de equipe com a avaliação periódica dos resultados até atingir a meta final proposta.

O cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos no programa continuará sendo realizado durante o acesso dos mesmos à UBS, apoiados também nas visitas domiciliares, até completar a cobertura de 100%, mediante o preenchimento da mesma Ficha-Espelho disponibilizada pelo curso de especialização. Continuaremos com o acolhimento diferenciado implantado para os pacientes hipertensos e diabéticos junto aos outros pacientes com atividades

educativas, a sua avaliação da necessidade de atendimento odontológico, os atendimentos clínicos integrais com ênfase na anamnese e exame físico, solicitação dos exames complementares, avaliação de risco cardiovascular, além das respectivas orientações sobre alimentação saudável, atividades física regular, tabagismo e saúde bucal.

Além do mais, viraram rotina de trabalho as visitas domiciliares em busca de pacientes faltosos e outros, que por causa de morar muito longe da sede, não tinham acesso regular à UBS para atendimento médico e obtenção da medicação contínua.

As atividades educativas coletivas que foram realizadas com a criação do grupo de hipertensos e diabéticos configuram-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle da HAS e DM, pois por um lado aumentam a adesão da equipe às ações preventivas destinadas à população, entretanto favorece a vinculação e melhor acompanhamento desses usuários, aumentando a adesão da população às mudanças no estilo de vida, ao uso correto das medicações e estimulando a autonomia dos pacientes em relação ao seu estado de saúde e de bem estar devendo ser incorporado também no cotidiano do serviço. No entanto, fica o desafio para a equipe multidisciplinar em dar continuidade ao cronograma de encontros previstos mensalmente, e captar ainda mais usuários.

Por outra parte, continuarão sendo distribuídas os folders criados para o programa de intervenção na UBS, no posto de saúde do Assentamento e nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS nas comunidades.

Além dos conhecimentos iniciais adquiridos que permitiram uma melhor preparação de todos os profissionais da equipe no acompanhamento à HAS e DM é preciso estabelecer um cronograma de capacitações que contribua para proporcionar um maior conhecimento a cerca dos temas concernentes à intervenção que possibilite reforçar o compromisso e as atribuições tanto da equipe quanto de cada um dos profissionais.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada na Unidade de Saúde Capão Bonito do Sul, no município de mesmo nome no estado do Rio Grande do Sul - BR nos meses de abril a junho de 2015. A intervenção foi voltada para o alcance de vinte e quatro metas com o objetivo de melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos.

A ESF “Capão Bonito do Sul” conta com uma população estimada de 1754 habitantes, sendo que existem 327 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e 98 usuários com Diabetes Mellitus, que representam 18,6% e 5,5%, respectivamente, do total da população adstrita.

Após 12 semanas de atividades contínuas, fechamos a primeira etapa do projeto para fazer o balanço sobre os principais resultados obtidos em função das metas traçadas ao início da intervenção. A avaliação dos indicadores ao final de cada mês da intervenção com a elaboração do relatório parcial permitiu uma leitura da sua evolução e seus resultados estão descritos a seguir por objetivos e metas.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1: Ampliar a cobertura aos pacientes hipertensos para 100%.

Meta 2: Ampliar a cobertura aos pacientes diabéticos para 100%.

Iniciando a análise, do total de 327 usuários portadores de HAS, foram cadastrados no programa 219 (67,0%). Como se observa na Fig. 5, ao longo da intervenção esse indicador foi aumentando paulatinamente. Ao final do primeiro mês, o número de hipertensos acompanhados foi 67 (20,5%), elevou-se para 122 (37,3%) no segundo e contabilizou 219(67,0%) no terceiro mês da intervenção.

Em relação aos usuários diabéticos, a Fig. 6 fornece uma visão geral do percentual desse indicador, onde do total de 98 usuários foram cadastrados no programa 59, que representam 60,2%. Ao longo da intervenção esse indicador foi aumentando, sendo que ao final do primeiro mês, o número de diabéticos acompanhados foi 22 (22,4%), aumentando discretamente no segundo mês para 29 (29,6%), encerrando com 59 (60,2 %) usuários no terceiro mês de intervenção.

Dentre as ações que fizeram possível a obtenção desses resultados, está a divulgação contínua do projeto na UBS, nas comunidades pelas lideranças, nas

visitas dos ACS e nas entrevistas na rádio comunitária, a criação do grupo HIPERDIA que permitiu o cadastramento de um importante número de usuários, assim como as visitas domiciliares na busca de pacientes faltosos e outros pacientes das comunidades mais distantes que foram acompanhados também pela equipe de saúde como parte deste projeto.

Não obstante às ações desenvolvidas para cumprir com este indicador, os resultados positivos alcançados a meta não foi atingida. Em primeiro lugar, acreditamos que a proposta inicial foi ambiciosa considerando que o número de pacientes para ser acompanhados era muito elevado após o encurtamento do projeto para 3 meses, motivo pelo qual tivemos quatro semanas a menos de atividades, contudo o projeto seria incorporado à rotina do serviço e finalmente a meta seria atingida, achando que não seria necessário mudar a meta proposta. Além do mais, durante as primeiras semanas da intervenção tivemos excesso de demanda na UBS devido à presença de somente um médico para o atendimento, pois um dos médicos clínico saiu para fazer a especialização em anestesia, o outro se encontrava de férias, dificultando um pouco o desenvolvimento das atividades. Posteriormente o médico clínico responsável pelo projeto de intervenção teve que afastar-se das atividades laborativas por três semanas por problemas de saúde, diminuindo consideravelmente o número de atendimentos clínicos, afetando, sem sombra de dúvidas, o cumprimento da meta proposta.

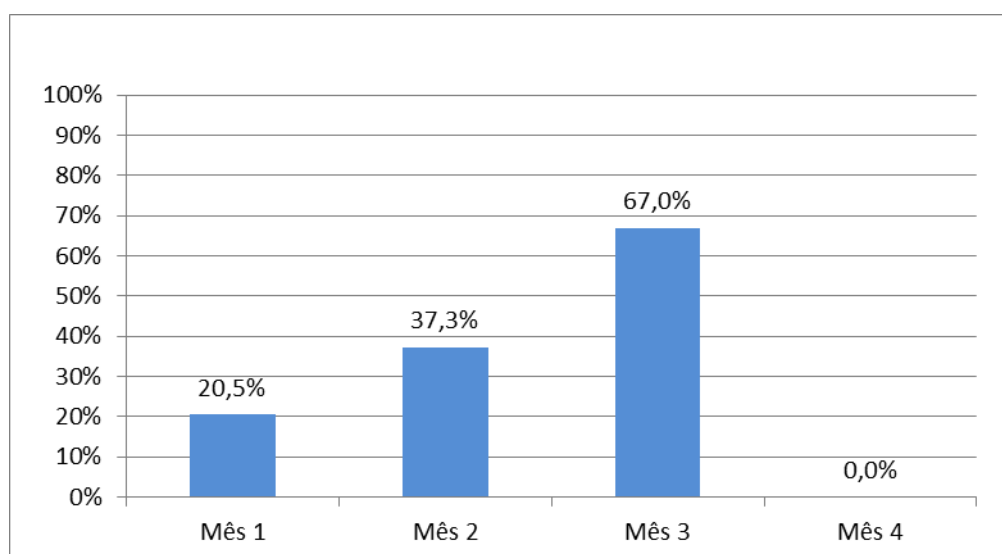


Figura 5 - Proporção de hipertensos cadastrados no programa. UBS Capão Bonito do Sul. Capão Bonito do Sul, RS, 2015

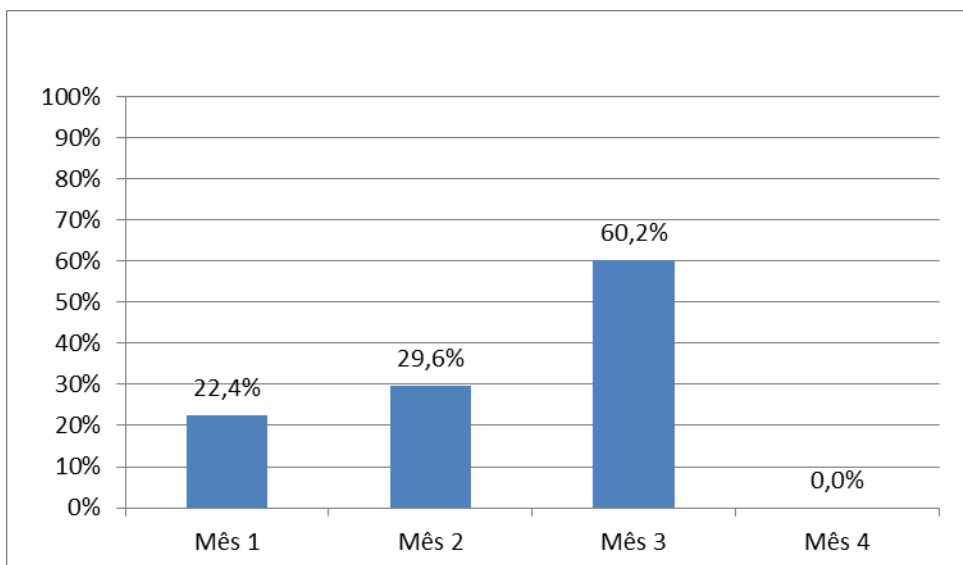


Figura 6 - Proporção de diabéticos cadastrados no programa. UBS Capão Bonito do Sul. Capão Bonito do Sul, RS, 2015

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa da unidade de saúde.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados no programa da unidade de saúde.

Ao analisarmos a realização do exame clínico apropriado, verifica-se que esta meta obteve 100% de qualidade nos três meses correspondentes à intervenção, tanto nos pacientes hipertensos quanto nos diabéticos, ficando assim distribuído para os pacientes hipertensos: no primeiro mês 67 usuários (100%), no segundo mês 122 usuários (100%), e no terceiro mês 219 usuários (100%). Entretanto a distribuição para os diabéticos ficou da seguinte maneira: no primeiro mês 22 (100%) usuários, no segundo mês 29 (100%) usuários, e no terceiro mês 59 (100%) usuários. O alcance dessa meta foi possível graças às capacitações técnicas da equipe nos aspectos mais importantes dos protocolos do Ministério da Saúde adotados para o projeto, sendo que uma delas esteve dedicada exclusivamente ao manejo de todos os itens da ficha espelho relacionado ao exame físico, explicando as particularidades do exame para ambos os grupos de pacientes.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Como se pode observar na Fig. 7, a proporção de usuários hipertensos com exames complementares em dia encerrou com 217 (99,1%) pacientes, somente dois pacientes ficaram com exames pendentes. Ao longo da intervenção esse indicador foi aumentando paulatinamente, finalizando o primeiro mês com 60 (89,6%) pacientes dos 67 cadastrados, no segundo mês evoluiu para 118 (96,7%) pacientes, finalizando com 217 (99,1%) no último mês da intervenção.

Já em relação aos diabéticos, Fig. 8, esse indicador teve um comportamento ainda melhor, pois no primeiro mês somente não foi possível avaliar os resultados dos exames complementares de um usuário. Foram 21 (95,5%) no primeiro mês, 29 (100%) no segundo mês e 59 (100%) no terceiro mês.

Isso foi possível pela coordenação da secretaria de saúde com o laboratório clínico para a realização semanal dos exames complementares na própria UBS, e a obtenção dos resultados em até sete dias após coleta.

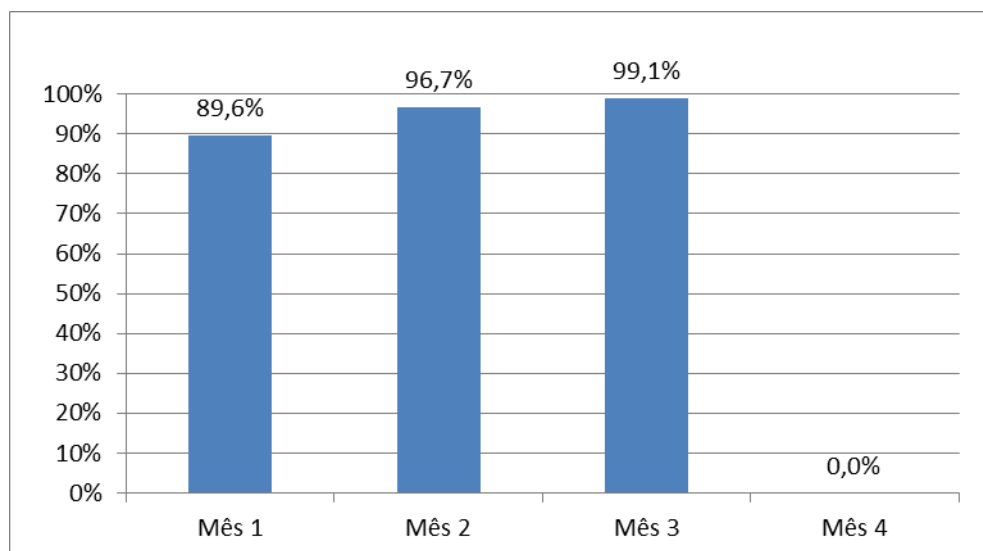


Figura 7 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Capão Bonito do Sul. Capão Bonito do Sul, RS, 2015.

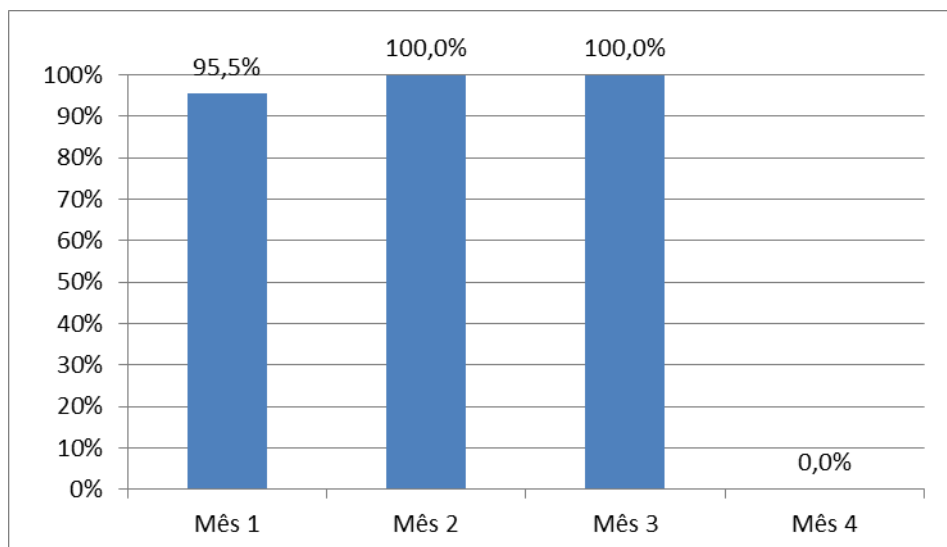


Figura 8 - Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Capão Bonito do Sul. Capão Bonito do Sul, RS, 2015.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Entre os hipertensos, 65 (97,0%) utilizavam medicamentos cadastrados na farmácia popular no primeiro mês do estudo. Esta proporção foi de 116 (95,1%) no segundo mês e de 208 (95,0%) no último mês (Fig. 9).

Entretanto, dentre os diabéticos cadastrados no programa ao finalizar a intervenção, 55 (93,2%) faziam uso da medicação da farmácia popular. No primeiro mês 22 (100%) usavam medicamentos da farmácia popular, 27 (93,1%) pacientes no segundo mês, chegando ao terceiro mês com 55 (93,2%). A evolução deste indicador está apresentada na Fig. 10.

Neste caso, consideramos que a meta de priorizar o uso de medicamentos da farmácia popular para o 100% dos usuários e beneficiar a toda a população com a medicação gratuita foi muito ambiciosa, visto que existe um número determinado de pacientes que precisam de outros medicamentos fora da lista Hiperdia para o controle efetivo de sua doença, sobretudo porque a HAS e o DM são duas doenças de uma comorbidade significativa, onde o uso desses medicamentos se torna indispensável, muitos deles até iniciaram o tratamento com medicamentos da farmácia popular que depois tiveram que ser trocados. Nesse sentido, no primeiro mês da intervenção trocamos alguns medicamentos conseguindo benefícios para

alguns pacientes, mas em outros casos a pressão arterial ou a glicose se elevou após a troca da medicação tendo que voltar ao tratamento anterior. Entretanto, outro grupo de pacientes usava os medicamentos fora da lista da farmácia popular há muitos anos conseguindo o controle metabólico ou da pressão arterial, e prescritos por outros especialistas que atualmente acompanham a esses pacientes, considerando não ético fazer mudanças no tratamento desses pacientes.

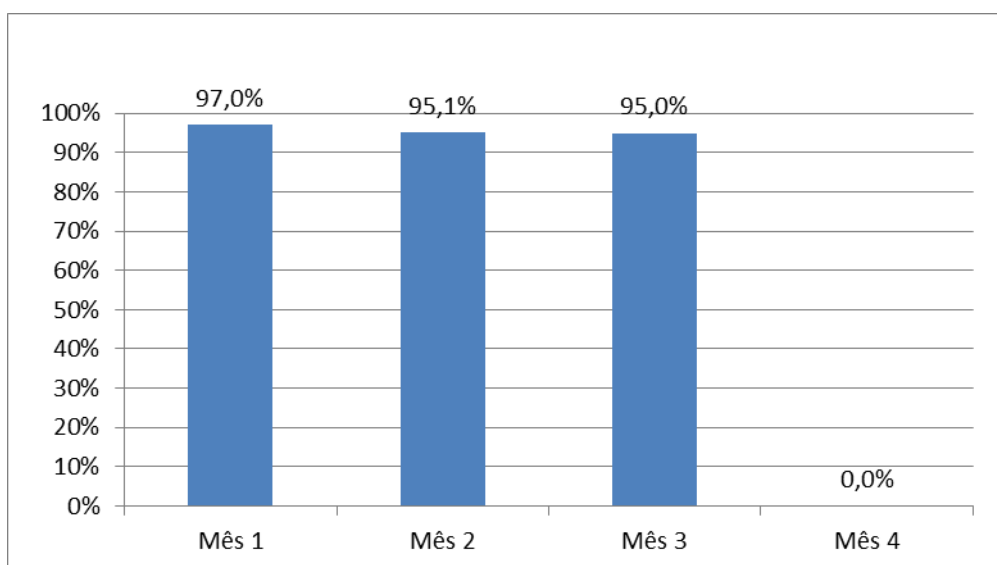


Figura 9 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. UBS Capão Bonito do Sul. Capão Bonito do Sul, RS, 2015.

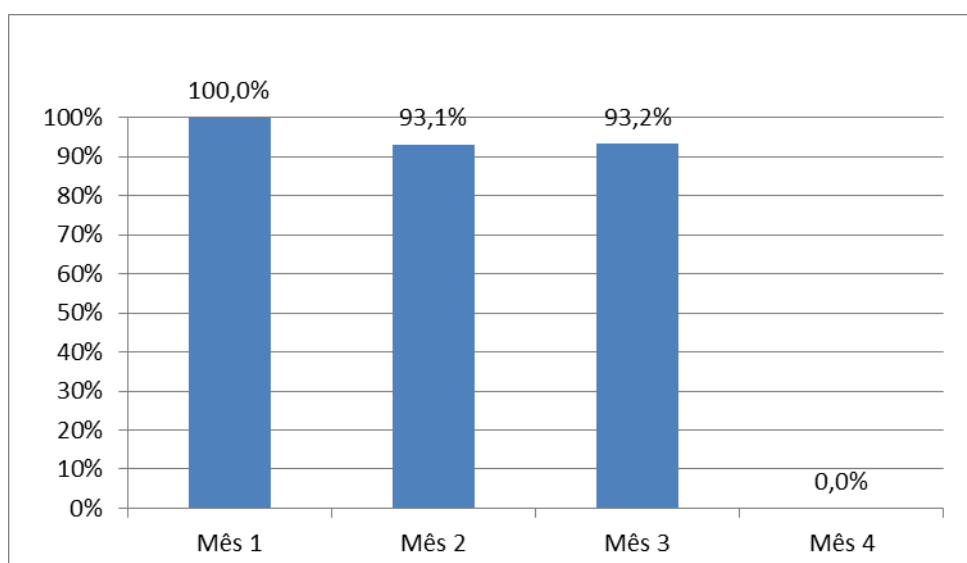


Figura 10 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. UBS Capão Bonito do Sul. Capão Bonito do Sul, RS, 2015.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Ao longo da intervenção 100% dos usuários com HAS foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, sendo que no primeiro mês foram avaliados 67 (100%) usuários, no mês seguinte 122 (100%), e já no último mês 219 (100%) hipertensos foram avaliados.

Da mesma forma foi possível avaliar 100% dos usuários diabéticos quanto à necessidade de atendimento odontológico, ficando agendada a consulta nos casos que precisavam de esse tipo de atendimento. Finalizando o primeiro mês de atividades, 22 (100%) diabéticos foram avaliados, seguido de 29 (100%) usuários no segundo mês, encerrando o terceiro mês com a avaliação de 59 (100%).

A ação que mais auxiliou no cumprimento dessa meta foi a designação da odontóloga da equipe de saúde para realizar essa avaliação, e nos casos que precisavam de atendimento já era marcada sua consulta, dando prioridade na agenda precisamente para esses pacientes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Analisando a busca de pacientes faltosos às consultas segundo a periodicidade recomendada pelo protocolo de atendimento da HAS adotado pela UBS no primeiro mês foram identificados como faltosos às consultas 3 usuários hipertensos, aumentando para 5 no segundo mês e já no terceiro mês foi de 15 hipertensos. Em 100% dos casos identificados foi realizada a busca ativa cumprindo a meta proposta.

A meta foi alcançada também para os usuários diabéticos, realizando a busca ativa de todos os faltosos, sendo identificado somente um usuário ao finalizar o primeiro mês da intervenção, mais um no segundo mês, entretanto o terceiro mês da intervenção fechou com 2 usuários.

Contribuiu para o alcance desta meta a identificação desses pacientes na revisão de alguns prontuários médicos e as visitas domiciliares dos ACS e outras realizadas pela equipe de saúde na busca ativa dos pacientes identificados como faltosos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ao longo da intervenção foram realizados registros adequados nas fichas de acompanhamento, sendo cumprida a meta de manter atualizadas 100% das fichas-espelho. Para esse acompanhamento utilizamos a Ficha-Espelho disponibilizada pelo curso, que após o preenchimento permitiu a digitação semanal de todos seus itens na planilha de coleta de dados disponibilizada também pelo curso de especialização, mediante a qual foi possível obter os resultados dos indicadores do projeto.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar avaliação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar avaliação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Apresentamos na Fig. 11 a proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS. A avaliação foi realizada em 217 (99,1%) dos 219 usuários ao terceiro mês do projeto. Essa proporção aumentou de 60 (89,6%) no primeiro mês de atividades para 118 (96,7%) no segundo mês da intervenção.

Como já frisado, a obtenção desses resultados foi factível mediante as ações implementadas com o apoio da secretaria de saúde para a realização e obtenção dos resultados dos exames complementares em até 7 dias após a coleta, imprescindíveis para completar a avaliação de risco dos pacientes hipertensos.

Na Fig. 12, podemos avaliar o comportamento do indicador de estratificação de risco cardiovascular nos usuários diabéticos. Ele mostra como durante toda a intervenção esse indicador teve um bom comportamento, sendo que somente não foi avaliado um usuário no primeiro mês da intervenção. No entanto, foram completados 100% dos usuários cadastrados no programa com a avaliação de risco para as doenças cardiovasculares, considerando que a própria doença classifica ao paciente como alto risco embora não foi obtida a totalidade dos resultados dos exames complementares necessários em alguns pacientes como registrado na planilha de coleta de dados.

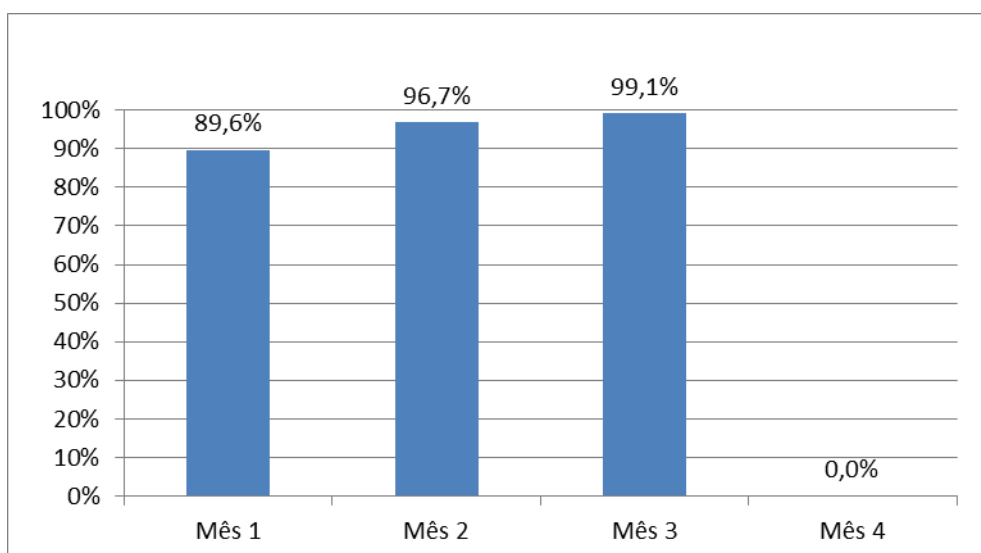


Figura 11 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Capão Bonito do Sul. Capão Bonito do Sul, RS, 2015.

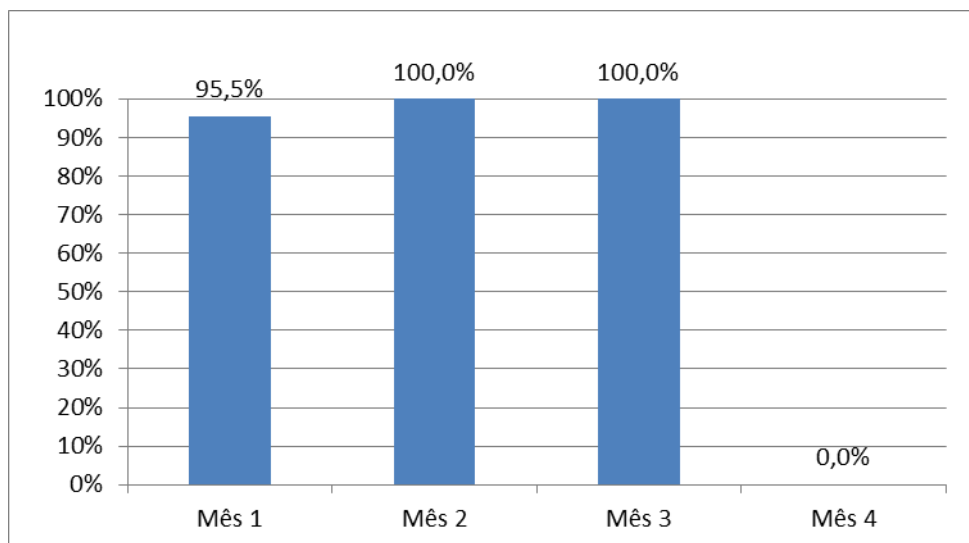


Figura 12 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Capão Bonito do Sul. Capão Bonito do Sul, RS, 2015.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Com relação ao recebimento de orientações sobre alimentação saudável, a meta proposta no início do projeto foi cumprida. Assim, em relação aos hipertensos acompanhados, 67 (100%) hipertensos receberam as orientações sobre a alimentação, no segundo foram 122 (100%) pacientes e 219 no terceiro mês para 100%.

Da mesma forma, a meta foi atingida para os usuários diabéticos que participaram da intervenção, dos quais 22 (100%) receberam as orientações no primeiro mês, 29 (100%) no segundo e 59 (100%) no terceiro.

Contribuiu para o cumprimento dessa meta a realização de atividades de educação em saúde sobre hábitos alimentares saudáveis relacionados à hipertensão e ao diabetes nos encontros com os grupos, como parte do atendimento clínico dos usuários acompanhados na intervenção. Os profissionais foram capacitados quanto a este tema no início da intervenção.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Todos os usuários hipertensos durante o atendimento clínico foram orientados quanto à necessidade da realização de atividade física regular para o melhor controle de sua doença, sendo cumprida a meta em 100%. Durante o primeiro mês, receberam orientações 67 (100%) hipertensos, aumentando para 122 (100%) no segundo mês, encerrando com 219 (100%) no terceiro mês.

A meta também foi atingida para os usuários diabéticos que participaram da intervenção, os quais receberam essas orientações tanto nos atendimentos clínicos quanto nas atividades coletivas com os grupos. Os resultados obtidos foram os seguintes: no primeiro mês 22 (100%) receberam as orientações, 29 (100%) foram orientados no segundo e finalizando com 59 (100%) diabéticos no terceiro mês.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Durante os três meses de atividades do projeto 100% dos usuários hipertensos receberam orientação sobre os riscos que representa o tabagismo para a HAS, sendo que 67 (100%) hipertensos receberam as orientações nas primeiras quatro semanas, entretanto no segundo mês foram orientados 122 (100%) pacientes e 219 (100%) no último mês.

A meta de orientar a 100% dos diabéticos em relação aos riscos do tabagismo também foi cumprida sendo que os usuários foram informados durante os atendimentos clínicos, assim como nas atividades coletivas com o grupo HIPERDIA, ficando como segue: 22 (100%) no primeiro mês, 29 (100%) no segundo e 59 (100%) no terceiro.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Foi garantida a orientação sobre higiene bucal para todos os usuários hipertensos e para os diabéticos, cumprindo com a meta proposta da intervenção.

Ao longo da intervenção, tivemos 67 (100%) usuários hipertensos orientados no primeiro mês, 122 (100%) no segundo mês e 219 (100%) no terceiro mês. Quanto aos diabéticos foram 22 (100%) no primeiro mês, 29 (100%) no segundo mês e 59 (100%) no terceiro mês.

O alcance desta meta foi possível em função da realização do quarto encontro com o grupo de hipertensos e diabéticos na UBS, além dos atendimentos clínicos para todos os usuários acompanhados na intervenção.

4.2 Discussão

O projeto de intervenção realizado na UBS Capão Bonito do Sul propiciou a ampliação da cobertura da atenção dos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da área adstrita, melhoria da adesão dos usuários ao programa, melhoria dos registros das informações, e a qualificação da atenção médica, com destaque para a ampliação do exame físico dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco cardiovascular de ambos os grupos. O estudo também permitiu a avaliação da necessidade de atendimento odontológico assim como a realização de ações de promoção e prevenção em saúde tanto na consulta como na realização das atividades coletivas com os grupos criados para melhoria dos processos de trabalho da equipe.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS nas questões relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. Essas capacitações foram muito importantes, tanto para a implementação da intervenção, quanto para a qualificação de seu processo de trabalho na atenção aos usuários. Nessa perspectiva, pode-se inferir que outras ações dessa natureza sejam necessárias para melhorar ainda mais a eficiência do trabalho na UBS, que contribuam para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas relacionados à atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, e que reforce o compromisso e as atribuições de cada membro da equipe. Essas atividades propiciaram o trabalho integrado de toda a equipe, médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS, odontóloga, farmacêutica e da recepção, desenvolvendo todas as ações previstas no projeto com dedicação para melhor atender a os usuários alvo da intervenção. O médico, em conjunto com a orientadora do curso de especialização foi o responsável pela escolha da ação programática e o planejamento de toda a intervenção, das capacitações da equipe, a realização do

atendimento clínico dos usuários, junto ao outro médico clínico geral da UBS, assim como a organização do trabalho com os grupos e as reuniões semanais de equipe para o monitoramento e avaliação da intervenção. Também o médico confeccionou um folder com dicas de saúde de temas relacionados à HAS e o DM.

Por outra parte, a enfermeira e a técnica de enfermagem ficaram encarregadas pelo preenchimento dos dados de identificação e antropométricos da ficha-espelho seguidos da triagem, assim como da realização das atividades de promoção e educação em saúde de acordo com o planejamento feito para o projeto de intervenção.

Os ACS estiveram encarregados das visitas domiciliares em busca de pacientes faltosos. A odontóloga foi designada para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e nos casos que precisavam de atendimento foram programados conforme a agenda. A farmacêutica participou nas atividades coletivas abordando aspectos relacionados com o tratamento médico, assim como a entrega e o controle do estoque de medicamentos da farmácia popular. Todos os membros da equipe participaram das atividades de divulgação nos atendimentos comunitários, na rádio e na própria UBS, nas visitas domiciliares, nas atividades coletivas de saúde com os grupos, nas reuniões de monitoramento e avaliação e na coleta de dados. Indiretamente houve qualificação da atenção prestada pela ESF em outras áreas e atividades do serviço, por exemplo, melhorou a prioridade no atendimento odontológico aos hipertensos e diabéticos, realização de atividades coletivas de promoção e prevenção de saúde para toda a população, aumento do número de visitas domiciliares.

Até o início da intervenção, a atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na ESF de Capão Bonito do Sul baseava-se nas consultas médicas na UBS utilizando unicamente o prontuário clínico para o registro dos procedimentos. Portanto, ainda que a meta de cobertura estabelecida não tenha sido alcançada, a intervenção permitiu reavaliar as atribuições da equipe viabilizando a atenção para um número considerável de hipertensos e/ou diabéticos, a melhoria no registro das informações, utilizando além do prontuário clínico a ficha espelho para acompanhamento dos usuários, e a ampliação do atendimento para o domicílio mediante as visitas domiciliares. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Por outro lado, muitas atividades educativas eram realizadas, mas não havia grupo

para educação em saúde formado, criando-se desde o início do projeto o grupo de hipertensos e diabéticos para trabalhar as atividades coletivas de educação em saúde, que são de grande importância para a prevenção e controle da HAS e DM, acrescentando a adesão da equipe às ações preventivas e favorecendo a vinculação e melhor acompanhamento desses usuários em relação ao seu estado de saúde e de bem estar. Daremos continuidade ao cronograma de encontros previstos mensalmente, assim como a programação e supervisão das atividades a serem desenvolvidas nos encontros captando mais usuários.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivesse discutido as diferentes atividades que vinha desenvolvendo com toda a equipe, pois o trabalho em equipe foi essencial para a realização das ações propostas pelo projeto. A participação da comunidade na intervenção também foi importante para a efetivação dessas ações, embora consideremos que faltou um pouco de articulação entre a equipe e a comunidade, já que além de todas as ações desenvolvidas em relação à divulgação da intervenção nos programas de rádio, nas visitas às comunidades e na própria UBS, a participação no programa poderia ter sido muito melhor e o indicador de cobertura ter ficado mais perto de nossas metas. Neste momento, sem sombra de dúvidas, a equipe está engajada e, como vamos a incorporar o projeto de intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar essas dificuldades para melhor acompanhamento dos usuários.

O projeto de intervenção será incorporado no cotidiano do serviço como uma ação de acompanhamento dos portadores de HAS e DM em nossa UBS, visto que os objetivos inicialmente propostos, de acompanhar aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS foram cumpridos, mesmo que algumas de metas tinham sido de forma parcial. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação da equipe multidisciplinar em dar continuidade a essas ações e ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à participação no programa, ressaltando as vantagens que proporcionam essas ações para o cuidado da sua doença e da sua saúde em geral. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

Tomando este projeto como exemplo, pretendemos implementar também o programa de pré-natal à rotina de trabalho de nossa UBS para continuar melhorando o estado de saúde da população nas principais ações programáticas da atenção básica de saúde e trazer mais saúde para o povo brasileiro.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Com o intuito de diminuir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil, áreas prioritárias para o SUS, o Programa Mais Médicos foi lançado em Julho de 2013, pelo Governo Federal. Como parte da política de educação do programa, pela via integração ensino-serviço, é realizado por todos os profissionais estrangeiros através da Universidade Aberta do SUS um curso de especialização em Atenção Básica, sendo a Universidade Federal de Pelotas responsável pela capacitação em sete estados brasileiros, incluindo Rio Grande do Sul.

Nessa perspectiva, realizamos pela Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social, o curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância, que tem como objetivo geral capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família do Sistema Único de Saúde e promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social. O curso de especialização também propicia ao especializando realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde e aprender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço.

Este relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção sobre o tema “Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos” na UBS Capão Bonito do Sul, que se situa no município do mesmo nome, estado Rio Grande do Sul, no período de abril de 2015 a junho de 2015.

Após a análise situacional, ficou identificado que na realidade da Estratégia Saúde da Família eram constantes os atendimentos de pacientes hipertensos e diabéticos com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares em alguns casos. As maiores dificuldades no acompanhamento destes usuários estavam relacionadas com a não avaliação de risco cardiovascular, atraso nas consultas programadas, não palpação durante o exame físico dos pulsos tibial posterior e pedioso e teste de sensibilidade dos pés, falta de adesão às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado, entre outras.

Diante disso, o projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde Capão Bonito do Sul, utilizando os protocolos do Ministério da Saúde de 2013 para o cuidado da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus. Participaram os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência. O objetivo geral do Projeto foi “Melhorar a qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS Capão Bonito do Sul RS”. Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os quatro eixos do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica voltadas para o alcance de vinte e quatro metas distribuídas em seis objetivos. Essas ações estão apresentadas a seguir:

1. Capacitação dos profissionais de saúde sobre os diferentes aspectos do protocolo e estabelecimento do papel de cada membro da Estratégia Saúde da Família na ação programática,
2. Confeção do folder com as dicas de saúde relacionadas com a Hipertensão e o Diabetes e organização da agenda geral e da odontologia da Unidade Básica de Saúde para o atendimento prioritário dos pacientes avaliados de alto risco e aqueles provenientes das buscas domiciliares.
3. Reunião com gestor municipal para garantir agilidade na realização dos exames, organizar parcerias institucionais e a compra dos medicamentos para abandono do tabagismo.
4. Contato com as lideranças comunitárias para informar sobre a existência do programa e solicitar apoio na captação dos hipertensos e diabéticos e demais estratégias que serão implementadas.
5. Cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.
6. Acolhimento diferenciado aos pacientes hipertensos e diabéticos com atividades de prevenção e promoção em saúde.
7. Atendimento clínico e odontológico dos pacientes hipertensos e diabéticos.
8. Grupo de hipertensos e diabéticos com exame ao pé diabético.
9. Monitoramento e avaliação da intervenção.

10. Orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física, riscos do tabagismo e importância da avaliação de saúde bucal aos hipertensos e diabéticos.
11. Realização de programa na rádio para informar existência do programa, e orientações de prevenção e promoção em saúde sobre HAS e DM.
12. Visitas domiciliares para busca de pacientes faltosos.

O projeto de intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção dos adultos portadores de hipertensão e diabetes para 217 (67,0%) hipertensos e 59 (60,2%) diabéticos do total de 327 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e 98 usuários com Diabetes Mellitus que representam 18,6% e 5,5% respectivamente do total da população adstrita.

Nos atendimentos clínicos individuais foi realizado exame clínico de qualidade para todos os pacientes hipertensos e diabéticos, todos os usuários tiveram exames solicitados, e até o final da intervenção, foi possível avaliar os resultados de 217 (99,1%) pacientes hipertensos e a totalidade dos pacientes diabéticos cadastrados que foi de 59 (100%). Esses resultados foram possíveis pelas ações implementadas com o apoio da secretaria de saúde que facilitou a realização semanal dos exames complementares na própria UBS, e a obtenção dos resultados em até sete dias após coleta. Foi possível também, a partir dos resultados dos exames complementares realizar a estratificação de risco cardiovascular em 217 (99,1%) usuários hipertensos e em 59 (100%) dos diabéticos.

Ao longo das doze semanas de atividades foi avaliada a periodicidade na realização das consultas médicas segundo as recomendações do Ministério da Saúde, onde os pacientes faltosos às consultas foram identificados pela equipe multidisciplinar, realizando a busca ativa em 100% dos casos, fomentando-se assim a realização das visitas domiciliares.

Foi também realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários que participaram na intervenção, sendo a designação da odontóloga da equipe de saúde para realizar essa avaliação a ação que mais auxiliou no cumprimento dessa meta.

Outro indicador avaliado no projeto foi a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, sendo que 208 (95,0%) pacientes com HAS usavam os medicamentos fornecidos

pela farmácia popular, entretanto dentre os diabéticos cadastrados no programa ao finalizar a intervenção 55 (93,2%) faziam uso dessa medicação.

Da mesma forma foi possível garantir orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal à totalidade dos usuários que participaram da intervenção. Contribuiu para o cumprimento dessas metas a realização de atividades de educação em saúde nos encontros com os grupos, e como parte dos atendimentos clínicos dos usuários acompanhados.

Além desses resultados quantitativos obtidos na intervenção de acordo com os indicadores avaliados, a intervenção permitiu qualitativamente o cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência, realizando o acolhimento com atividades de promoção e prevenção em saúde em questões importantes relacionadas à Hipertensão e ao Diabetes beneficiando também outros usuários presentes na sala de espera em ambos os turnos de atendimento mediante palestras e projeção de vídeos pela equipe. Antes do atendimento clínico foram realizadas a triagem de enfermagem e o preenchimento da ficha-espelho, seguidas de avaliação da necessidade de atendimento odontológico, sendo distribuído tanto na Unidade Básica de Saúde quanto nas comunidades um folder com dicas sobre o cuidado aos usuários portadores destas doenças.

Foram criados os grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de pacientes hipertensos e diabéticos para a realização de atividades coletivas de educação em saúde, sendo realizados os quatro encontros segundo o planejado. Os temas desses encontros foram sobre as características principais destas duas doenças, outro tema foi a importância da autoestima no cuidado da saúde na hipertensão e o diabetes, a necessidade do tratamento médico precoce e contínuo para evitar o desenvolvimento de complicações futuras, e por último foi abordado o tema da saúde bucal, além de informar e tirar as dúvidas sobre outros problemas de saúde relacionados à hipertensão arterial e ao diabetes durante todas as reuniões, sendo também aferidas glicemia capilar, pressão arterial e peso.

Outro acontecimento positivo na intervenção foi a realização de visitas domiciliares para busca de pacientes faltosos e como estratégia na última etapa da intervenção para aumentar a cobertura do programa.

O monitoramento e avaliação da intervenção eram realizados semanalmente pela equipe. Nessas reuniões era verificando o comportamento dos principais

indicadores, a qualidade das atividades de educação em saúde e os atendimentos clínicos, assim como discussão de dúvidas e escuta de sugestões para ir aperfeiçoando as diferentes ações para o trabalho da próxima semana.

A capacitação da equipe multidisciplinar foi muito importante para a melhoria do processo de trabalho na UBS possibilitando reforçar o compromisso no acompanhamento dos hipertensos e diabéticos na medida em que contribuiu para um maior conhecimento a cerca do tema segundo as recomendações do MS.

Os programas na rádio permitiram o conhecimento por parte de toda a população das atividades decorrentes do projeto e do curso de especialização, além das informações relacionadas às doenças e outras questões destinadas à população geral.

A comunidade em geral foi beneficiada com a intervenção, pois foi melhorada a qualificação do atendimento clínico dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, conseguimos estabelecer parceria com as lideranças comunitárias e a formação dos grupos de hipertensos e diabéticos com a realização das atividades coletivas.

Por outra parte o projeto também resultou muito importante para a equipe, permitindo a melhoria na eficiência do serviço e dos materiais utilizados na Unidade Básica de Saúde, conseguindo trabalhar com mais união, dedicação, integralidade e preocupação pelos usuários hipertensos e diabéticos incorporando a intervenção à rotina do serviço para beneficiar a todos os usuários da área de abrangência.

Foi importante também para o funcionamento do serviço conseguindo mudar a estratégia de trabalho uma vez que foram incorporadas todas as ações do projeto na rotina diária do serviço, melhorando assim o planejamento das ações em saúde para outras áreas também.

Por último gostaria agradecer o grande apoio que recebemos da Secretária de Saúde e dos gestores ao longo de toda a intervenção para a realização de todas as ações desenvolvidas, tanto o apoio na parte logística do projeto com a impressão das fichas-espelho e os folders, como a disponibilização de computadores e seus componentes totalmente novos, além dos outros recursos como notebook e data show necessários para a realização das atividades coletivas com os grupos e as atividades durante o acolhimento, quanto nas parcerias para a realização das atividades coletivas, a realização das entrevistas na rádio, assim como a coordenação com o laboratório clínico para a realização dos exames

complementares, que contribuíram na obtenção dos resultados positivos da intervenção, e pedir somente agilidade nas obras de ampliação da UBS para melhorar o espaço para as consultas médicas e a realização das atividades coletivas com melhor qualidade.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Este relatório visa relatar para a comunidade como foi desenvolvido o projeto de intervenção desenvolvido na Unidade Básica de Saúde “Capão Bonito do Sul”, no período de abril de 2015 a junho de 2015 sobre o tema “Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos”.

A realização deste projeto surgiu como parte da Especialização em Saúde da Família que realizam todos os médicos do Programa Mais Médicos através da Universidade Aberta do SUS, sendo responsável pela capacitação dos profissionais do estado de Rio Grande do Sul a Universidade Federal de Pelotas. Trata-se de um curso na modalidade à distância, que tem como objetivo principal capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família para promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária de Saúde, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a Unidade Básica de Saúde de Capão Bonito do Sul possui uma população estimada de 1.754 habitantes e atualmente conta com 327 usuários hipertensos que representam 18,6% do total da população adstrita, e 98 usuários diabéticos que representam 5,5%.

Na análise situacional, foram identificados constantes atendimentos clínicos aos usuários hipertensos e diabéticos com mau controle, que evoluíam com complicações cardiovasculares em alguns casos. As maiores dificuldades no acompanhamento destes usuários estavam relacionadas com a não avaliação de risco cardiovascular, atraso nas consultas programadas, não palpação durante o exame físico dos pulsos tibial posterior e pedioso e teste de sensibilidade dos pés,

falta de adesão às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado, entre outras.

Ante essa realidade, planejou-se uma intervenção voltada para o alcance de vinte e quatro metas com o objetivo de melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus visando cadastrar, acompanhar e monitorar os usuários portadores destas patologias.

Após 12 semanas de atividades o projeto de intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção dos adultos portadores de hipertensão e diabetes para 217 (67,0%) hipertensos e 59 (60,2%) diabéticos do total da população adstrita.

Foi realizado exame clínico de qualidade para 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos, todos os usuários tiveram exames solicitados, e até o final da intervenção, foi possível avaliar os resultados de 217 (99,1%) pacientes hipertensos e a totalidade dos pacientes diabéticos cadastrados que foi de 59 (100%). Esses resultados foram possíveis pelas ações implementadas com o apoio da secretaria de saúde que facilitou a realização semanal dos exames complementares na própria UBS, e a obtenção dos resultados em até sete dias após coleta, ação que beneficia a toda a população que precisa realizar exames complementares em 217 (99,1%) hipertensos, entretanto era atingida a meta de 100% dos usuários diabéticos.

Foram identificados os pacientes faltosos às consultas e realizada a busca ativa em 100% dos casos, fomentando-se assim a realização das visitas domiciliares. Foi também realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos usuários que participaram na intervenção, sendo designada a odontóloga da equipe para realizar essa avaliação.

O projeto permitiu garantir orientação sobre alimentação saudável, a prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal à totalidade dos usuários que participaram da intervenção. Contribuiu para o cumprimento dessas metas a realização de atividades de educação em saúde nos encontros com os grupos, e como parte dos atendimentos clínicos dos usuários acompanhados.

Toda a equipe foi capacitada permitindo mudar sua visão em relação ao manejo destas doenças, melhorando o processo de trabalho e possibilitando reforçar o compromisso no acompanhamento de toda a população na medida em que

contribuiu para um maior conhecimento a cerca do tema segundo as recomendações do Ministério da Saúde.

Foram realizadas atividades coletivas de educação em saúde mediante a criação dos grupos de hipertensos e diabéticos abertos a toda comunidade. Além das reuniões com os grupos foram também realizadas atividades de promoção e prevenção em saúde durante o acolhimento mediante palestras e projeção de vídeos pela equipe, beneficiando a toda a população quando procuravam atendimento por outras causas.

Os resultados da intervenção eram avaliados semanalmente pela equipe. Nessas reuniões eram verificando o comportamento dos principais indicadores, a qualidade das atividades de educação em saúde, os atendimentos clínicos, assim como discussão de dúvidas e escuta de sugestões para ir aperfeiçoando as diferentes ações para o trabalho da próxima semana.

Foram realizados três programas na rádio que permitiram o conhecimento por parte de toda a população das atividades decorrentes do projeto assim como as questões mais importantes relacionadas com a hipertensão o diabetes, assim como outras destinadas à população geral, entretanto foi distribuído tanto na Unidade Básica de Saúde, quanto nas comunidades um folder com dicas sobre o cuidado dos usuários com estas doenças crônicas.

A comunidade foi beneficiada com a intervenção, pois além de melhorar a qualificação do atendimento clínico dos usuários hipertensos e diabéticos conseguimos estabelecer parceria com as lideranças comunitárias para a divulgação das ações do projeto e foram realizadas atividades coletivas dirigidas à população geral.

O projeto de intervenção será incorporado no cotidiano do serviço como uma ação de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, visto que os objetivos inicialmente propostos, de acompanhar os usuários foram cumpridos, mesmo que algumas de metas tinham sido de forma parcial. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação da equipe multidisciplinar em dar continuidade a essas ações e ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à participação no programa, ressaltando as vantagens que proporcionam essas ações para o cuidado da sua doença e da sua saúde em geral. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

Tomando este projeto como exemplo, pretendemos implementar também o programa de pré-natal à rotina de trabalho para continuar melhorando o estado de saúde da população nas principais ações programáticas da atenção básica de saúde e trazer mais saúde para a comunidade.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ser selecionado para participar neste curso de especialização, como parte da política de educação permanente do Programa Mais Médicos, foi algo que me deixou muito feliz. Confesso que inicialmente fiquei com medo e expectante, pois pela primeira vez iria enfrentar a modalidade de ensino à distância com a barreira ainda do idioma, e só conseguia imaginar o quanto seria difícil. Mas depois que iniciaram as atividades, conheci o ambiente virtual de aprendizagem e a minha orientadora, Cristina Bossle que com sua experiência me deu muita confiança desde o início. Comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, aprofundar nos conteúdos através dos casos clínicos, dos estudos de prática clínica e outros temas necessários para o desenvolvimento da intervenção que qualificaram minha prática profissional, em só uma palavra, fiquei maravilhado.

Com o decorrer do curso e o início do projeto de intervenção, minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletiva, compartilhando aprendizados e experiências do curso com a equipe, trazendo para fóruns suas considerações e dúvidas, e o mais importante, aprendemos a funcionar como uma equipe multidisciplinar, que se dedicou com afinco ao cumprimento de todas as atividades, inclusive quando passei por alguns problemas de saúde que me afastaram do curso, a equipe bem engajada continuou desenvolvendo todas as ações, sendo peça fundamental nos resultados finais da intervenção que já foi incorporada à rotina do serviço.

Por outra parte, a organização do curso, as orientações bem explicadas, a disponibilização de todos os instrumentos necessários elaborados e pensados até no mínimo detalhe e a sincronização das atividades foi simplesmente surpreendente e decisivo em nossos resultados.

Achei que realizar a intervenção na UBS Capão Bonito do Sul seria muito difícil, mas depois de três meses de trabalho, com uma equipe comprometida, a condução da minha orientadora, o apoio dos gestores e a participação da comunidade foi uma grande experiência profissional e pessoal de vida.

Além de minha formação na área da atenção primária de saúde com doze anos de experiência profissional e uma especialização em medicina geral integral, o curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos em relação à atenção básica de saúde com foco no funcionamento da ESF em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, e a oportunidade de mudança no processo de trabalho e dos membros da equipe de saúde da UBS Capão Bonito do Sul, o que permitiu finalmente desenvolver o projeto de intervenção visando à melhoria da qualificação do atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência acompanhados durante esse período de atividades, além da valorização profissional.

O planejamento das ações em saúde, o processo de elaboração do TCC, a organização da rotina de trabalho dos membros da equipe, a melhoria na eficiência do serviço e dos materiais utilizados na UBS, e a qualificação da língua portuguesa foram os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

Aprendi, nesse curso, que as ações em saúde devem ser planejadas começando com o diagnóstico e identificação dos problemas próprios da comunidade, elaboração do plano de ação e cronograma de atividades até o monitoramento e avaliação das ações, permitindo assim definir e priorizar essas ações direcionadas às necessidades da população, para que promovamos um profundo impacto no processo saúde-doença da população adstrita, como foi o caso do projeto de intervenção sendo escolhida a ação programática prioritária de acordo com a análise situacional da UBS relacionada à HAS e ao DM.

O curso também me deu a possibilidade de aprender como elaborar e executar, com ajuda da orientadora, os gestores e a equipe multidisciplinar um projeto de intervenção de grande escala disponibilizando para isso de todos os materiais necessários para atingir as metas propostas.

Em relação à organização da rotina de trabalho da equipe multidisciplinar, aprendi que se faz necessária para a melhor fluidez das ações em saúde

melhorando a eficiência do serviço, a utilização dos instrumentos e materiais na UBS proporcionando assim uma maior resolubilidade das necessidades dos usuários.

Sobre a língua portuguesa, o curso me permitiu melhorar meus conhecimentos na comunicação oral e escrita, através da participação com os outros colegas nos fóruns, no DOE com a minha orientadora, na elaboração das tarefas, e a comunicação oral necessária no dia a dia com os colegas de trabalho no desenvolvimento das ações do curso, nas reuniões de monitoramento e avaliação, as ações de engajamento público e nos atendimentos clínicos com os pacientes atendidos na UBS.

Referências

- 1- Brasil. Arquivos brasileiros de Cardiologia. Sociedade brasileira de cardiologia. V Diretriz brasileira de Dislipidemia e prevenção da aterosclerose. Volume 101, No. 4, Supl.1, Outubro 2013a.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes mellitus. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão arterial sistêmica.1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus protocolo. Brasília, 2001.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus. Brasília, 2001.
- 6- Brasil. Revista Brasileira de pesquisa em saúde. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica. Brasília, 2012.
- 7- Brasil. Revista Saúde Pública. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 2012.

8- Brasil. Revista Ciência e Saúde coletiva. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância 9(4): 931-943, 2004.

Apêndices

Apêndice A - Folder de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

Prevenção

Como prevenir a hipertensão?

A prevenção é feita através da adoção de um estilo de vida saudável: prática de atividades físicas e alimentação adequada, ou seja, rica em frutas, legumes e verduras e com baixos teores de sal, gorduras, frituras e açúcar.

Como prevenir o diabetes tipo 2?

Mantendo o peso dentro dos limites ideais, evitando o consumo de álcool, gorduras, frituras e açúcar e praticando exercícios físicos regularmente.

Peça orientação ao farmacêutico:

Pessoas acima do peso têm maiores chances de desenvolver doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Essas doenças precisam ser evitadas todos os dias através de hábitos saudáveis.

Medicamentos para hipertensão e diabetes devem ser utilizados nos horários corretos. Seu uso irregular prejudica o tratamento.

Não use remédios caseiros para hipertensão ou diabetes pois eles não ajudam no tratamento e ainda podem prejudicar a ação dos medicamentos.

Procure assistência à saúde periodicamente, muitas pessoas têm hipertensão e diabetes e não sabem.

Monitore seu tratamento em casa ou em farmácias que oferecem serviços farmacêuticos.

Hipertensão e Diabetes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
EaD-UFPEl

ORIENTAÇÕES FARMACÊUTICAS

**MAIS MÉDICOS
PARA
O BRASIL**

**MAIS SAÚDE
PARA
VOCÊ**

UNA-SUS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Hipertensão

A hipertensão ocorre quando a pressão que o sangue exerce sobre os vasos sanguíneos permanece acima do normal.

Por que ela ocorre?

Na maioria das vezes a hipertensão não tem uma causa específica, sendo resultado de vários fatores. O excesso de sal na dieta parece contribuir para o desenvolvimento da hipertensão.

O que pode acontecer com quem é hipertenso?

A pressão alta é uma doença traiçoeira, pois geralmente não apresenta sintomas. A pressão descontrolada pode resultar em problemas como derrame, infarto e insuficiência renal, os quais podem prejudicar muito a qualidade de vida e até levar à morte.

Como é o tratamento da hipertensão?

Em casos leves, apenas alterações dos hábitos de vida já são suficientes para controlar a pressão. Entretanto, muitos pacientes necessitam utilizar medicamentos por tempo indefinido.



Diabetes Tipo 2

O diabetes melito ocorre quando os níveis de açúcar no sangue (glicemia) permanecem elevados.

Por que o diabetes ocorre?

O diabetes melito tipo 2 é mais comum em adultos. Sua causa ainda não é conhecida, porém é frequente em obesos e sofre influência de fatores genéticos.

O que pode acontecer se o diabetes não for controlado?

A falta de controle do açúcar no sangue é extremamente prejudicial, podendo causar cegueira, doenças nos rins, amputação de membros, infecções, formigamento e perda de sensibilidade nos pés e mãos.

Como é o tratamento?

O tratamento visa regularizar os níveis de açúcar no sangue e geralmente é feito com comprimidos ou injeções de insulina. Boa alimentação e prática de exercícios físicos também fazem parte do tratamento.



Apêndice B – Fotografia de Atendimento clínico individual na UBS



Apêndice C – Fotografia Visita domiciliar

Apêndice D – Fotografia Primeiro encontro com o grupo HIPERDIA



Apêndice E – Fotografia Segundo encontro com o grupo HIPERDIA



Apêndice F – Fotografia Entrevista na rádio comunitária “Rádio Cultura”



Apêndice G – Fotografia Atendimento nas comunidades na Unidade Móvel



Apêndice H – Fotografia Atendimento clínico nas comunidades na Unidade Móvel



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo C-Ficha espelho

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante